ROK VIII WARSZAWA 1934 GRUDZIEŃ ZESZYT XII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

O nowych przypadkach jednoczesnej, prawie całkowitej odmy piersiowej bez zejścia śmiertelnego i ich znaczeniu.

PODAŁ

DYONIZY HELLIN

Profesor Wolnej Wszechnicy Polskiej.

Do czasu ogłoszenia przezemnie w r. 1901 pracy doświadczalnej (zapoczątkowanej w r. 1899) o jednoczesnej odmie obustronnej bez zejścia śmiertelnego, wszystkie podręczniki twierdziły, opierając się na teorji *Donders'a,* że odma taka zawsze jest śmiertelna. Dopiero praca ta, jak i szereg dalszych prac moich w tej dziedzinie, przekonały przedstawicieli zarówno medycyny wewnętrznej, jak i chirurgów i fizjologów, że jednoczesna obustronna odma piersiowa niekoniecznie musi pociągać za sobą śmierć. Już w r. 1907 zgodził się z tym w swoim podręczniku chorób wewnętrznych prof. *Staehelin,* w r. 1909 *Beck* w swym podręczniku chirurgji klatki piersiowej, a w r. 1914 prof. *Küttner* w podręczniku chirurgji wydanym wspólnie z prof. *Braunem* i prof. *Kümmelem.* Po tym cały szereg podręczników fizjologji, chirurgji i oddzielnych proc (około 40) przyznał słuszność memu twierdzeniu. Wkrótce też zaczęto stosować wyniki badań moich i w lecznictwie.

Jednoczesną odmę obustronną u gruźlików pierwszy zastosował w r. 1914 *Ascoli.* Stosował on wprawdzie tylko odmę wybiórczą, t. j. wprowadzał azot w takich tylko ilościach i pod takim ciśnieniem, aby spadnięciu uległy tylko chore części płuc. Według niego już samo ograniczenie ruchu płuc wystarcza dla celów leczniczych gruźlicy płuc, chodzi tu bowiem o zwolnienie płuca, a nie o jego uciśnięcie. W szerokim zakresie zaczęto stosować jednoczesną odmę obustronną we Francji od r. 1922 i to nietylko jako odmę wybiórczą *Ascoli'ego,* lecz jako zwykłą odmę sztuczną z dobrym skutkiem. Jak już zaznaczyłem w artykule w Presse médicale [1]), *Rist* i *Coutaud* pokazali w r. 1925 w Towarzystwie lekar-

[1]) 1933 Nr. 84.

skiem szpitali paryskich, chorą z prawie zupełnym spadnięciem się płuc po zastosowaniu obustronnej odmy sztucznej, stwierdzonem za pomocą rentgena. Pomimo tego prawie zupełnego spadnięcia się płuc, chora nie wykazywała wcale duszności i wogóle jakichkolwiek objawów nietolerancji.

Od tego czasu piśmiennictwo lekarskie dostarczyło całego szeregu przypadków prawie całkowitej odmy obustronnej jednoczesnej bez zejścia śmiertelnego: *Kindberg*[2]) przytacza przypadek prawie całkowitej odmy obustronnej u chorego, który odbywał, bez objawów zmęczenia, dwa razy miesięcznie podróż z Hawru do Paryża celem dopełnienia odmy. *Sorrentino*[3]) podaje przypadek samoistnie powstałej, wskutek dużego wysiłku fizycznego, odmy obustronnej. Zdjęcie rentgenowskie wykazało, że obydwa płuca były prawie zupełnie spadnięte, a chory, pomimo to, nie odczuwał żadnego utrudnienia w oddychaniu.

W Revue de la Tuberculose[1]) znajdujemy opis chorej przedstawionej w r. 1927 przez dr. *Amenille'a*, u której wykonał on całkowitą torakoplastykę z jednej strony, a w dwa lata później zastosował odmę po stronie przeciwnej. Chora zniosła dobrze obydwa te zabiegi. Podaje on, że podobne przypadki opisali *Maendl, Burnett, Ladeck, Samson, Klopstock, Maurer* i *Berman*.

Jacob i *Brutmes*[2]) przedstawili w Towarzystwie gruźliczem w Paryżu 11.II. 1933 chorego, u którego, pomimo szerokiego przedziurawienia płuc, istniała w dalszym ciągu różnica między ciśnieniem w jamie opłucny a ciśnieniem atmosferycznym, tak jak w warunkach normalnych.

Jeszcze w r. 1914 opisał *Fleischman*[3]) przypadek całkowitej obustronnej odmy piersiowej. Wypuszczono powietrze z obydwóch jam opłucny i chory wyzdrowiał. Chory *Massini'ego* i *Schönberg'a*[4]) żył z odmąobustronną, powstałą na tle rozedmy, jeszcze 8 dni.

Omadée-Zorrini i di *Natale*[5]) opisali przypadek (z kliniki dla gruźlików w Rzymie) przedziurawienia śródpiersia w przebiegu obustronnej odmy sztucznej. Pomimo to nie było żadnych objawów rozedmy śródpiersia. Po pewnym czasie przedziurawienie znikło. Chory wyzdrowiał.

Jessen[6]) podaje przypadek, w którym wykonano po jednej stronie wyrwanie nerwu przeponowego i torakoplastykę, a więc usunięto prawie zupełnie czynność płuca tej strony, a potem odmę sztuczną i plastykę wierzchołka płuca, po drugiej stronie. Zabiegi te żadnych zaburzeń czynności płuc lub serca za sobą nie pociągnęły.

Któżby mógł dawniej przypuszczać możliwość czynności płuc po tego rodzaju zabiegach?

Z przytoczonych spostrzeżeń, jak również z doświadczeń moich na zwierzętach i całego szeregu opisanych przezemnie, zaczerpniętych z piśmiennictwa, przypadków obustronnej odmy piersiowej pochodzenia urazowego[7]), wynika, że płuca oddychają pomimo wejścia powietrza do jam opłucny, to znaczy, że płuca wykonywują ruchy czynne, samoistne, niezależne od ciśnienia atmosferycznego. *Giraud* i de *Reynier*[8]) stwierdzili drożność oskrzeli w płucach całkowicie uciśniętych przy ciśnieniu skutecznym +0. Prześwietlenie promieniami Rentgena wykazało, że płuco, pomimo odmy, oddycha w dalszym ciągu. Również *Jacob*, *Soulas* i *Paradistal* (z kliniki *Rist'a* w Paryżu)[9]) na podstawie badań lipjodolem stwierdzili, że „w odmie sztucznej nie może być mowy o całkowitym odpoczynku płuca, o zamknięciu światła oskrzeli, o zaciśnięciu pęcherzyków płucnych oraz jam płucnych i t. p. Płuco uciśnięte oddycha niewątpliwie, wbrew pojęciom dawniejszym". Również według *Brieger'a*[1]) spadnięte płuco nie zostaje unieruchomione, oddycha ono w dalszym ciągu. *Torning*[2]) wdmuchiwał powietrze do płuca w ilości nawet dwa razy większej niż zawiera płuco, a pomimo to płuco oddychało w dalszym ciągu.

[2]) Kindberg Michel Leon. La collapsothèrapie de la tuberculose pulmonaire. II èd. Paris 1931.
[3]) Un caso di pneumothorace bilaterale spontaneo. Folia medica Napoli 1932.
[1]) 1933, Nr. 2. Jullien, Erot et Mollard.
[2]) Revue de la Tuberculose 1933, Nr. 4.
[3]) Berliner Klin. Woch. Nr. 3.
[4]) Ibidem 1916.
[5]) Istituto Benito Mussolini. Lotta tuberculosa 1933, z. 4.
[6]) Deutsche Med. Woch. 1934, Nr. 6.
[7]) Mitteil. aus d. Grenzgebieten der Med. u. Chirurgie. 1907. T. XVII. — Archiv. f. d. ges. Physiologie 1912. T. 144.
[8]) Revue de la Tuberculose 1925, Nr. 1.
[9]) Technika i znaczenie kliniczne bronchografji. Warszawa 1928.
[1]) Klin. Wochensch. 1933, Nr. 1.
[2]) Experimental pneumothorax. Acta tuberc. scandin. 1933, z. 7.

Możliwość istnienia odmy obustronnej tłumaczy *Rist* tem, że chorzy tacy nie zatrzymują prawie wcale w płucach powietrza zalegającego, czyli że oddychają oni tak jak noworodki, t. j. powietrzem zapasowem. *Anthony* i *Mumme* [3]) twierdzą natomiast, że powietrze zalegające ulega nieznacznej tylko redukcji. To też niektórzy autorzy [4]) sądzą, że w odmie obustronnej chorzy oddychają powietrzem zalegającem.

Nouvion [5]) w pracy z kliniki prof. *Sergent'a* stwierdził, za pomocą doświadczenia na płucu królika, wyjętem z klatki piersiowej, że po zastosowaniu (biernego) ruchu wdechowego następuje samodzielny ruch wydechowy płuca, poczem znowu zjawia się samodzielny ruch wdechowy. Zdolność do tych ruchów trwa przeszło dwie godziny. Fakt ten jest, według *Nouvion'a*, dowodem automatyzmu ruchu płuc, analogicznym do automatyzmu ruchu serca.

Ruchu płuc, niezależnie od ciśnienia atmosferycznego, dowodzi również operacja jednoczesnego otwarcia obydwóch jam opłucny w przypadkach obustronnego ropnego zapalenia opłucny. Przypadków takich opisano około 150 [6]) (w tem kilka w piśmiennictwie polskiem). Sam operowałem taki przypadek obustronnego pogrypowego zapalenia ze skutkiem pomyślnym, a na oddziale ś. p. dr. *Steiner'a* w szpitalu Dz. Jezus widziałem, w kilka tygodni po zabiegu, chorą z dużemi drenami gumowemi w obydwóch jamach opłucny, u której dr. *Steiner* otworzył obie jamy opłucny za pomocą resekcji kilku żeber i usunął część zmartwiałą prawego płuca wielkości pięści męskiej!

Stronnikami poglądu, że płuca posiadają ruchy samoistne, są też *Luisada* [7]), *Ronais* [8]) i *Schriever* [9]). *Schriever* twierdzi, że ruchy czynne płuc w odmie obustronnej powstają dzięki mięśniom gładkim, istniejącym dokoła oskrzelików. Czynność mięśni tych stwierdziły, na podstawie prądów czynnościowych i ich wahań (w mięśniach) również, oprócz *Schriever'a*, badania *Luisady*. Zresztą już w r. 1906 podał *Schrötter* jr. [10]), że widział istotnie w trzech przypadkach rozstrzeni oskrzeli, za pomocą bronchoskopu, zwężanie się i rozszerzanie oskrzeli. To, według niego, tłumaczy możliwość istnienia odmy obustronnej bez zejścia śmiertelnego w opisanych przezemnie przypadkach i doświadczeniach. Istnienie mięśni tych uznawali już przed kilkudziesięciu laty *Radclyff Halle* [1]) i anatom *Hyrtl*.

Według *Reichel'a* [2]) brak zaburzeń w oddychaniu w odmie obustronnej tłumaczy się brakiem przemieszczenia śródpiersia, natomiast w odmie jednostronnej ustrój zwalczać musi to przemieszczenie. Że odporność ustroju jest większa w odmie obustronnej niż w jednostronnej, twierdzi również *Heymer* [3]), tegoż zdania są również *Wolff* i *Klopstock* [4]).

Z przytoczonych wyżej faktów wynika, że płuca oddychają także i przy istnieniu odmy obustronnej. A to przeczy dotychczasowym poglądom na mechanizm oddychania. Nauka o fizjologji mechanizmu oddychania płuc musi więc uledz zmianie odpowiednio do tych danych. Należy uznać, że w jakikolwiek sposób tłumaczonoby mechanizm oddychania w odmie obustronnej, faktem jest, że ruchy płuc odbywają się także niezależnie od ciśnienia atmosferycznego.

---

[3]) Beitr. z. Klin. d. Tuberculose. T. 83, z. 6.
[4]) Goguel. Thèse de Paris (z klin. Rist'a) 1926.
[5]) Capacité vitale et force respiratoire. Ya-t-il un automatisme pulmonaire? Thèse de Paris 1926.
[6]) Hellin. Gazeta lekarska 1926. — Czasopismo lekarskie 1905. Medycyna 1907.
[7]) Beitr z. klin. d. Tuberk. 1930.
[8]) Contrib. à l'étude du pneumothorax artificiel. bilatéral. Thèse de Paris 1926 (Z. klin. Sergent'a).
[9]) Zeitschrift f. Biologie 1933. T. 93.
[10]) Klinik der Bronchoskopie. Jena 1906.
[1]) British med. journal. 1861. Por. pracę moją w 144 tomie Archiv. f. Physiologie.
[2]) Experimentalle Studien zur Wirkung des doppelseitigen Pneumothorax. Archiv. f. experim. Pathol. u. Pharm. 1933. T. 69.
[3]) Klinische Wochenschrift 1933. Nr. 41. Według ich zdania, opartego na poglądzie Daken'a, duże znaczenie ma tu bardziej równomierny podział krwi w płucach przy zastosowaniu odmy obustronnej w porównaniu do odmy jednostronnej.

IX zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego[1])

Podał.
Dr. Med. HERMAN DATYNER.
(Warszawa).

W pierwszych dniach września b. r. stolica odrodzonej Polski gościła w swych murach po raz 2-gi przedstawicieli wiedzy lekarskiej z całego świata. Był to zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, dziewiąty z kolei, w którym brało udział koło 1.000 lekarzy, w tej liczbie około 400 z zagranicy. Jeszcze pamiętamy te dnie, gdy przed 5-ciu laty zjechało się do nas kilkuset lekarzy — Europy i Ameryki na Międzynarodowy Zjazd Chirurgów, do którego organizacyjnego Komitetu miałem wtedy zaszczyt należeć. Uczestnicy kongresu wyrażali się wówczas z ogromnem uznaniem o wysokim poziomie naukowym Zjazdu i opuszczali nasz kraj pełni — jak mi mówili — pięknych i niezatartych wrażeń. Obecnie również zebrali się przedstawiciele świata lekarskiego 44-ch państw, by omówić sprawę walki ze straszną chorobą — plagą ludzkości — gruźlicą, stanowiącą szczególnie w dobie obecnego przesilenia gospodarczego i kryzysu ekonomicznego na świecie wielki problem społeczny.

Jako dowód zainteresowania Zjazdem ogółu lekarskiego, muszę zaznaczyć ,że pośród licznie zebranych uczestników zauważyć można było na sali obrad nietylko lekarzy - phtisiologów, ale również innych specjalistów, jak laryngologów, gastrologów, ginekologów i chirurgów.

Otwarcie Zjazdu nastąpiło w Sali Filharmonji Warszawskiej w obecności Dostojnego Protektora Zjazdu Pana Prezydenta Rzeczypospolitej profesora *Mościckiego*, przedstawicieli Rządu z p. premjerem *Kozłowskim* na czele, władz wojskowych i miejskich oraz przedstawicieli świata naukowo-lekarskiego.

Zjazd zagaił Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Opieki Społecznej dr. *Piestrzyński*, który składając hołd Panu Prezydentowi *Mościckiemu* jako Protektorowi Zjazdu i Wielkiemu Uczonemu, oraz witając wszystkich zebranych, udzielił głosu Panu Ministrowi Opieki Społecznej *Paciorkowskiemu*. P. Minister w swem inauguracyjnem przemówieniu, otwierając Zjazd i witając Pana Prezydenta Rzeczypospolitej oraz w tak ogromnej liczbie zebranych lekarzy i działaczy społecznych, wskazał, że Polska zawsze starała się zajmować przodujące miejsce w zwalczaniu gruźlicy. Po przemówieniu p. min. *Paciorkowskiego* zabrał głos przewodniczący Zjazdu p. wicemin. dr. *Piestrzyński*, witając przedstawicieli wszystkich państw i wyrażając radość, że do 43-ch państw, należących do Związku Przeciwgruźliczego przybyło obecnie 44-te państwo, Rosja Sowiecka, której przedstawiciele w liczbie 5-ciu również byli obecni na sali.

Mówca uczcił następnie pamięć zmarłych lekarzy — bojowników w walce z gruźlicą: *Calmette'a*, który zasłynął dzięki wynalezieniu szczepionki profilaktycznej „B. C. G.", prof. *Cantacuzena*, d-ra *Seweryna Sterlinga*, mającego niezapomniane zasługi na tem polu w Polsce, *White'a* oraz niedawno zmarłego generalnego sekretarza, będącego duszą Związku Przeciwgruźliczego i najczynniejszego w nim działacza prof. *Leona Bernard'a*. Omówiwszy wreszcie tematy naukowe, figurujące w programie Zjazdu obecnego, dr. *Piestrzyński* wezwał wszystkich obecnych do intensywnej pracy, ażeby walka nasza z tym strasznym wrogiem, jakim jest gruźlica, skończyła się pełnem zwycięstwem.

Następnie przemówił sekretarz generalny Związku, następca zmarłego prof. *Bernard'a*, prof. *Bezançon*. Pełne werwy i swady krasomówczej przemówienie prof. *Bezançon* skierował w w stronę Pana Prezydenta Rzeczypospolitej, któremu dziękował za łaskawe przybycie na Zjazd.

Piękne przemówienie swe prof. *Bezançon* zakończył słowami: „Les hommes passent, mais la science reste et progresse"; zdaniem mówcy, nazwiska uczonych tej miary na polu walki z gruźlicą, jak *Laennec*, *Virchow*, *Villemin*, *Robert Koch* i v. *Pirquet* powinny dla generacji teraźniejszych lekarzy w ich pracy służyć przykładem. Mowa prof. *Bezançon'a* zakończyła część inauguracyjną Zjazdu. Następnie ukonstytuowało się prezydjum Zjazdu, do którego weszli: *Castello Branco* (Portugalja), *Mirabaud* i *Bezançon* (Francja), *Gütt* (Niemcy), *Piestrzyński* i *Skokowska* — *Rudolf* (Polska), oraz *Paolucci*, (prezes faszystowskiego Związku Przeciwgruźliczego we Włoszech, znany ze swej odwagi osobistej podczas wojny światowej, pełen młodości i werwy, pamiętany przez nas uczestników Kongresu Przeciwgruźliczego w Rzymie w 1928 roku jako przewodniczący Zjazdu ówczesnego).

Obrady naukowe rozpoczęły się od referatu g ł ó w n e g o, wygłoszonego przez doc. dr. *Leona Karwackiego* (Polska) na temat: *„O zmienności biologicznej zarazka gruźlicy"*. Najwięksi badacze zajmowali się tem zagadnieniem i stwierdzili wielopostaciowość zarazka gruźlicy. Wywody prelegenta oparte są na długoletnich badaniach morfologicznych i szczepieniach na zwierzętach. Wiadomem jest, że prątek kwasoodporny *Kocha* zmienia swój wygląd zewnętrzny od pyłka ultradrobnowidzowego do pałeczki, przecinka i kropki, przekształcając się w postać ziarnistą, nie kwasoodporną, laseczniki cyanofilowe, postać przesączalną lub wraca do swej pierwotnej postaci biologicznej — grzybka streptotryksa, przyczem zmiany zewnętrzne zależne są od gruntu, na którym zarazek rośnie. Jednocześnie ze zmianą zewnętrzną zmieniają się własności chorobotwórcze

[1]) Sz. Kolegów, pragnących zaznajomić się ze szczegółami niektórych tematów i referatów, wygłoszonych na Zjeździe, odsyłam do obszernego mego sprawozdania z powyższego Zjazdu, ogłoszonego w czasopiśmie Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego „Medycyna" Nr. 22, 23 i 24).

zarazka. Prelegent wskazał na ziarnistości, istniejące w komórce kwasoodpornej i odgrywające wielką rolę w życiu jego, przyczem uzyskał na podłożach sztucznych hodowle form ziarnistych zarazka, które powstały pod wpływem czynników szkodliwych, jak starzenie się hodowli, działanie wysokiej ciepłoty i pewnych ciał chemicznych; z posiewów zaś materjału gruźliczego (wysięków, krwi, ropy) prelegent otrzymywał ziarniki gruźlicze, które mogą przechodzić w lasecznik cyanofilowy. Postacie cyanofilowe wywołują również podług słów prelegenta, obrazy gruźlicy rzekomej ze zmianami serowatemi, ale bez prątków kwasoodpornych, zapalenia wysiękowe błon surowiczych (opłucnej, otrzewnej), ogniska zapalne w płucach i wątrobie, powiększenie gruczołów i t. d., ale czasami zarazki te nie wywołują żadnych zmian.

Co się tyczy postaci przesączalnej zarazka, to autor wskazuje na odkrycie *Fontes'a* w roku 1910 i na badaczy francuskich *Vaudremer'a*, współpracowników *Calmette'a* oraz *Arloing'a* i *Dufourt'a*, którzy stwierdzili istnienie postaci niewidzialnej i przesączalnej, przechodzącej przez pory specjalnych sączków porcelanowych, która wywołuje mniej ciężkie objawy choroby, jak powiększenie gruczołów limfatycznych, ogólne osłabienie, spadek wagi ciała, oraz ogólne charłactwo, polegające na zupełnem wyczerpaniu organizmu bez widocznych zmian. O tem, że zarazek gruźlicy może być niewidzialny świadczą doświadczenia kliniczne, znane w praktyce codziennej nietylko lekarzom — internistom przy badaniu np. płynu surowiczego u chorego z gruźlicą opłucnej, lub neurologom przy badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego, ale również i nam, urologom, przy badaniu moczu i chorych na gruźlicę nerek. Najdokładniejsze badania mikroskopijne płynów powyższych lub moczu na obecność prątków *Kocha* daje mianowicie często wynik ujemny, natomiast wstrzyknięcie tych płynów lub moczu morskiej śwince, wywołuje u zwierzęcia w przeciągu krótkiego czasu schorzenie gruźlicze.

Dla przekonania się, czy mamy do czynienia z gruźlicą, wprowadzona również została przez uczniów *Pasteur'a*, *Negre'a*, *Vaitis'a van Deinse* i in. metoda, polegająca na powiększeniu zjadliwości niewidzialnego zarazka za pomocą wstrzykiwania zwierzętom, którym wstrzyknięto płyny chorej osoby, jeszcze specjalnego wyciągu acetonowego z laseczników kwasoodpornych. Metoda ta ma duże znaczenie w badaniu zagadnienia postaci przesączalnej.

Na podstawie powyższych danych autor odróżnia w zakażeniu gruźliczem 3 etapy: okres bezobjawowy, okres dystrofji, i okres charłactwa; gruźlicę zapalną, wywołaną przez postacie rozwojowe ultra - virusu, ziarniki i laseczniki cyanofilowe, wreszcie gruźlicę o cechach gruzełkowych i serowatych, wywołaną przez laseczniki kwasoodporne.

Po referacie doc. dr. *Karwackiego*, wystąpili jako koreferenci prof. *J. Van Beneden* (Belgja) oraz prof. *Courmont* (Francja), który wskazał na obecność we krwi w 60% przypadków gruźlicy niekwasoodpornej postaci zarazka, nazwanej przez prelegenta „bacilles nus"; postać ta dzięki bakterjobójczym własnościom krwi nie prowadzi do generalizacji gruźlicy *(Gardere)*. *Dr. Van Deinse* (Holandja) mówił o swych badaniach nad wyciągiem acetonowym zarazka z prof. *Vaitis'em* w Instytucie *Pasteur'a*. Dr. *Nedelkowitch* (Jugosławja) mówił o strukturze morfologicznej zarazka. Dr. *Edmund Long* (Ameryka) w swym koreferacie wskazał na żółtko płynne Besredki, jako na najlepiej nadające się podłoże dla wytwarzania się postaci ziarnistej i przesączalnej zarazka gruźlicy. *Prof. Lange* (Niemcy) opierając się na doświadczeniach *Dostala*, *Enderleina*, *Lomińskiego*, *Groh'a* oraz obserwacjach *Kryłowu* i własnych, odnosi się cokolwiek krytycznie do nowych badań w dziedzinie zmian biologicznych zarazka gruźlicy i wskazuje na rozbieżności zdań autorów; na zasadzie zaś szeregu prac, dotyczących postaci niewidzialnej zarazka i ultravirusu, jak *Walker'a*, *Kinura*, *Uhlenhuth'a* i in., *Lange* uważa pod względem epidemjologicznym widzialny klasyczny prątek *Kocha* za miarodajny.

Prof. *Urizio* (Włochy) wierzy w egzystencję niewidzialnej postaci zarazka na zasadzie dodatnich wyników badań u zwierząt oraz *optycznego* dowodu tego stadjum rozwoju, i w tym celu wypracował specjalną metodę, zastosowawszy przy mikroskopijnych badaniach monochromatyczne ultra - fioletowe światło z określoną długością fali oraz optykę kwarcową Prof. *Lubarski* (Moskwa) cytuje wyniki badań laboratoryjnych w Rosji Sowieckiej i wskazuje między innemi na prace prof. *Kiedrowskiego*, któremu za pomocą wstrzyknięcia actinomycetów, otrzymanych z zarazka gruźliczego, udało się wywołać u morskich świnek gruźlicę. Mówca na zasadzie nowych badań jego współpracowniczki Dr. *Istominoj*, jest przekonany o zmienności biologicznej zarazka gruźliczego. Dr. *Nasta* (Bukareszt) przeprowadził z *Blechmanem* i *Jovin'em* szereg doświadczeń, z których wynika, że postać przesączalna zarazka może wywołać u morskich świnek przedwczesną kacheksję śmiertelną przy naświetlaniu promieniami Rentgena.

Prof. *Capnani* (Włochy) jest przeciwnikiem teorji o przesączalności zarazka, natomiast prof. *Fontes* (Brazylja) jest odmiennego zdania i twierdzi, naprzykład, że w hodowlach zarazka gruźlicy znajdują się różne żyjące postacie prątka *Kocha*, które mogą wywołać atypowe schorzenie gruźlicze i doprowadzić również do klasycznej formy gruźliczy o cechach gruzełkowatych. Dr. *Blechman* (Rumunja) mówił o związku astmy z gruźlicą. Dr. *Bronisława Fejgin* (Warszawa) wierzy w wielopostaciowość zarazka gruźlicy, w sprawie zaś przesączalności zarazka cytuje odkrycie *d'Herelle'a*, dzięki któremu możemy prześledzić zjawisko przechodzenia drobnoustrojów ze stanu widocznego do niewidocznego, i odwrotnie; wreszcie mówczyni podaje wyniki własnych badań w tej dziedzinie.

Przemawiali jeszcze w dyskusji: Dr. *Anielski* (o eksperymentach i pracach *Mucha* z dziedziny przeszczepiania prątków *Kocha* na odmiany roślin); Dr. *Armand - Delille* (Francja), Dr. *Veber* i Prof. *Balteanu* (Rumunia) Dr. *Bijl* (Holandja) oraz Prof. *Ascoli* (Medjolan), których obserwacje naogół zgadzają się z doświadczeniami Sz. Referenta i przedmówców.

D r u g i r e f e r a t g ł ó w n y (na temat kliniczny) i zatytułowany: *„Postacie gruźlicy kostno-stawowej i ich leczenie"* wygłosił słynny chirurg-ortopeda Włoski prof. *Putti* z Bolonji. Gruźlica kostno-stawowa jest podług słów prelegenta miejscowym i wtórnym przejawem gruźlicy narządów wewnętrznych i szczególnie gruźlicy płuc.

Przy leczeniu schorzenia tego na pierwszem miejscu postawić trzeba kurację klimatyczną, wartość zaś heljoterapji jest wątpliwa. Ze względu na przyzwyczajenie się organizmu do długo stosowanego środka leczniczego prelegent uważa, że w celu otrzymania pomyślnych wyników bodziec klimatyczny winien być stosowany z innymi bodźcami.

Chory staw powinien być leczony według zasad i sposobów lecznictwa ortopedycznego, mianowicie przez unieruchomienie i nałożenie opatrunku gipsowego. *Putti* będąc zasadniczo zwolennikiem konserwatywnej terapji, nie neguje wartości i znaczenia zabiegów operacyjnych, ale jest przeciwnikiem resekcji stawu, jeśli organizm znajduje się w okresie wzrostu, a resekcji w gruźlicy stawu biodrowego w każdym okresie wieku. Co się tyczy przeszczepu, to dotychczas nie dowiedziono bezpośredniego wpływu jego na proces gojenia się.

Operacja usztywniająca jest przeciwskazana w czynnym okresie choroby. W chorobie *Pott'a* jest ona więcej uzasadniona i skuteczna u dorosłego, niż u dziecka. Prelegent wypowiada się za operowaniem jedynie zewnątrz - ogniskowem i uważa, że poza kręgosłupem i stawem biodrowym można stosować artrodezę okołostawową lub przystawową w leczeniu stawów: kolana, stopy i barku.

Po referacie prof. *Putti'ego* zabrał jako koreferent głos prof. *Bezançon* (Francja), który, powołując się na obserwacje prof. *Poncet'a* z Lyonu i na zasadzie własnych doświadczeń oraz nowych badań *Reittera* i *Loewensteina*, wskazał na związek gruźlicy ze schorzeniami reumatycznemi stawów („Rhumatisme tuberculeux"); prelegent radził w tych przypadkach po za zwykłem leczeniem antyreumatycznem stosować, między innemi, tuberkulinę i preparaty złota.

Prof. *Sorrel* (Francja) podzielił się ze słuchaczami metodami leczenia gruźlicy kostno-stawowej w morskiej miejscowości Berck-sur-Mer, przypisując leczeniu ortopedycznemu poza kuracją ogólną i klimatyczną główne znaczenie. Dr. *Chievitz* (Danja) i Dr. *Waldenström* (Szwecja) stosują z dobrymi wynikami zabiegi operacyjne u dorosłej młodzieży, w wieku zaś dziecięcym trzymają się metod konserwatywnych. Również Dr. *Maffei* (Belgja) i Dr. *Hyde* (Stany Zjednoczone A. P.) stosują zachowawcze sposoby leczenia. Wielkim zwolennikiem metod operacyjnych jest prof. *Erlacher* (Austrja), który stara się wcześnie usunąć ognisko gruźlicze i przywrócić swobodę ruchów kończyn. Doc. Dr. *Gebhardt* (Niemcy) stosuje nowy sposób operacyjny — *elektrochirurgję*, oparty na działaniu prądu wysokiego napięcia i prowadzący za pomocą elektrokoagulacji i elektrycznego cięcia do zniszczenia chorych tkanek. Metoda ta wprowadzona przez *von Seemena* i stosowana przez *Lexera* i *Sauerbrucha* dała prelegentowi w 16-tu przypadkach dobre wyniki. Dr. *Palmen* (Finlandja) na zasadzie statystyki z Polikliniki Chirurgicznej w Helsingforsie propaguje leczenie klimatyczne i słoneczne. Prof. *Rollier* (Szwajcarja) demonstrował film, w którym pokazał nam oprócz metod leczenia, również tryb życia, oraz naukę rzemiosł u chorych („Cure de travail") w stworzonym przez niego w 1930 r. Instytucie w Leysin pod nazwą „Clinique Manufacture Internationale". Doc. Dr. *Wojciechowski* (Warszawa) w swym koreferacie podał wyniki leczenia gruźlicy kości i stawów na zasadzie ankiety, rozesłanej do szpitali i chirurgów w Polsce i obejmującej wraz z własnemi obserwacjami prelegenta około 8000 przypadków; poprawę lub względne wyzdrowienie otrzymano przeciętnie w 60-ciu — 80-ciu%. Sposoby leczenia nie różnią się u nas w niczem od zaleconych w innych krajach. Mianowicie stosujemy leczenie ogólne, chemoterapję, preparaty złota, naświetlanie promieniami Rentgena, lub zastój żylny podług Bier'a. Jako podstawę leczenia miejscowego, zachowawczego koreferent również uważa unieruchomienie chorego stawu za pomocą nałożenia opatrunku gipsowego; operacyjne zaś metody, są stosowane w zależności od przypadków (usztywnienie stawu biodrowego, barku lub kręgosłupa podług Albee i t. d.). W celu otrzymywania pomyślnych wyników leczenia, Doc. *Wojciechowski* proponuje stworzenie specjalnej organizacji, jako sekcji Związku Przeciwgruźliczego, regulującej leczenie gruźlicy kostnej.

W dyskusji, która się w związku z drugim referatem głównym wywiązała, przemawiali: Dr. *Armand - Delille* (Francja) oraz Prof. *Cepulić* (Jugosławia). Prof. *Huebschmann* pokazał nam na ekranie szereg bardzo interesujących mikrofotogramów z dziedziny anatomo - patologicznej gruźlicy kostnej. Zabierali jeszcze głos w dyskusji Dr. *Dziembowski* (Bydgoszcz), Dr. *Karwowski* (Zakopane), Dr. *Dega*, Doc. Dr. *Raszeja* oraz Dr. *Jasieński* (Poznań), który na zasadzie statystyki kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Poznańskiego uważa leczenie kombinowane t. j. ogólne i do czasu zachowawcze, a następnie operacyjne, jeśli o same kości chodzi za najlepsze i najprędzej prowadzące do celu. Wreszcie przemawiał delegat Bułgarji, od którego dowiedzieliśmy się o dobrych wynikach leczenia zachowawczego w sanatorjum w Warnie i o terapji gruźlicy kostnej w znajdującym się tam szpitalu chirurgicznym. Po zakończeniu dyskusji przemówił jeszcze raz prof. *Putti* (tym razem po angielsku i francusku) i wyraził zadowolenie z powodu panującej na ogół zgody w zapatrywaniach na metody leczenia gruźlicy kostno - stawowej; nie podzielił natomiast stanowiska prof. *Erlachera*, nazywając go dowcipnie „mon ami sanglant". *Putti* nie zgadza się mianowicie na radykalne usuwanie schorzałych tkanek ze względu na znajdujące się w nich ciała odpornościowe, mające ogromne znaczenie przy gojeniu. Przypisując wielkie znaczenie leczeniu bodźcowemu *Putti* radzi przy długotrwałej kuracji dla otrzymania dobrych wyników stosować, np. dwumiesieczne okresy lecznicze na zmianę, jak klimato-helioterapję, naświetlanie promieniami Rentgena, lub inne znajdujące się w arsenale wiedzy naszej, środki lecznicze.

T r z e c i r e f e r a t g ł ó w n y na temat społeczny p. t. *„Zużytkowanie przychodni przeciwgruźliczych dla leczenia chorych na gruźlice"* ze względu na nie żyjącego referenta prof. *Leona Bernard'a* został odczytany na Zjeździe przez obecnego sekretarza generalnego profesora *Bezançon'a*. Założycielem pierwszej przychodni dla ubogich gruźlików w 1897 roku był *Sir Robert Philip* w Edynburgu. Referent, wspominając *Calmette'a*, jako inicjatora dispensaire'ów we Francji wskazuje na dzisiejszy ogromny rozwój przychodni przeciwgruźliczych, rozsianych po całym świecie, które służą obecnie nietylko dla celów profilaktycznych, lecz

i dla dokonywania zabiegów leczniczych, głównie założenia odmy sztucznej — metody wprowadzonej przez *Forlanini'ego* i stanowiącej istne dobrodziejstwo dla gruźlików. Podług statystyki Prof. *Bernard'a*, w 50-ciu % przypadków po założeniu odmy, ustaje wydalanie laseczników *Kocha* i chorzy przestają być groźni dla otoczenia. Według statystyki *Schrödera* i *Möllersa* wśród 75.000 chorych na gruźlicę czynną 50000 nadaje się do założenia odmy sztucznej. Referent zaleca również stosowanie w przychodniach chryzoterapji, która według Jego własnej statystyki daje 10 — 12% wyleczeń klinicznych i 51,6% pomyślnych wyników, jako poprawy chorychw znaczeniu społecznem. Dzięki nowym metodom nastąpiła metamorfoza w lecznictwie gruźlicy. Prawo nie zabrania zużytkowania poradni dla leczenia. Pewne znaczenie mają zarzuty, wynikające z obrony interesów zawodowych. Autor proponuje wskutek tego uzależnić leczenie w przychodniach od 3-ch warunków: 1) ograniczenie do pewnej kategorji chorych ze społecznego i klinicznego punktu widzenia; 2) porozumienie pomiędzy lekarzem leczącym i przychodnią, i 3) zasadnicza zgoda organizacji zawodowych (syndykatów i t. p.). Referent zaznacza, że wprowadzenie zasad, których broni, jest całkowicie zależne od miejscowych warunków. Wreszcie referent podaje statystykę działalności przychodni na zasadzie kwestjonarjuszy, rozesłanych do krajów — członków Międzynarodowego Związku przeciwgruźliczego i do przychodni francuskich.

Po referacie głównym prof. *Bernard'a* zabrał głos koreferent Dr. *Begtrup - Hansen* (Danja), który mówił o pożytecznej pracy przychodni przeciwgruźliczych w Danji. Następnie prof. *Unverricht* poinformował słuchaczy o działalności profilaktycznej i zakładaniu odmy sztucznej w przychodniach w Niemczech. Dr. *K. Dąbrowski* (Warszawa) omawiając działalność przychodni przeciwgruźliczych w Polsce podał np., że dopełnienia odmy sztucznej w poradniach dokonano w 1929 r. u 5.157 chorych, a w 1933 r. — 28.090. Przy Warszawskim Towarzystwie Przeciwgruźliczem urządzono wzorową stację odmy, (dzięki inicjatywie Dr. *Martyszewskiego* i Dr. *Stankiewicz - Trybowskiej*). Zagadnienie poruszone w referacie Prof. *Bernard'a* ma podług słów koreferenta duże znaczenie pod względem ekonomicznym w celu skutecznego zwalczania gruźlicy w krajach nie posiadających odpowiednich urządzeń leczniczych, ani środków na ich utrzymanie. W Ameryce Północnej np. żąda się dwa łóżka na jeden zgon z powodu gruźlicy. Natomiast w Polsce umiera rocznie w gruźlicy około 63.000 osób, a tymczasem posiadamy w szpitalach i sanatorjach tylko 8.080 łóżek (3.461 szpitalnych i 5.219 sanatoryjnych). W obecnych warunkach u nas leczenie ambulatoryjne odmą sztuczną, musi znaleźć zwolenników wśród chorych i lekarzy. Dr. *Wroczyński* (Warszawa) cytuje sprawozdanie stacji odmy sztucznej w Warszawie z którego wynika, że 71% chorych odzyskało zdolność do pracy i 55,1% odprątkowanie, z czego 32,3% odprątkowanie stałe w pierwszym roku leczenia. Koreferent przypisuje wielką rolę przychodniom przy rozpoznaniu początkującej gruźlicy i jest zwolennikiem stosowania terapji w przychodniach „larga manu". Prof. *Ilvento* i *Moreli* (Włochy) mówili o szeroko rozwiniętej walce z gruźlicą we Włoszech, którą osobiście kieruje Szef Rządu *Mussolini*. Przychodnie pracują bardzo intensywnie; śmiertelność z 60.000 rocznie spadła obecnie do 35.000, a liczba łóżek dla gruźlików wzrosła z 12.000 do 36.000. O działalności profilaktycznej przychodni i zakładaniu odmy sztucznej w swej ojczyźnie mówili jeszcze: Dr. *Koganas* (Litwa), Dr. *Nasta* i Dr. *Irimescu* (Rumunja), Dr. *Pollak* (Stany Zjednoczone Am. Płn.), Dr. *Včelak* (Czechosłowacja), Dr. *Cepulić* (Jugosjawja), Dr. *Bachmann* (Szwajcarja) i Dr. *Nagunib Assaad* (Egipt). O wielkim rozwoju przychodni przeciwgruźliczej w Japonji, popieranych materjalnie przez Rząd i różne towarzystwa, jak Tow. Radjowe i t. d., dowiedzieliśmy się z przemówienia D-ra *Tadashi Satow* (Tokjo), Dr. *Harmsen* (Niemcy) wskazał na zwiększoną śmiertelność od gruźlicy wśród sióstr miłosierdzia, pracujących w szpitalach. Dr. *Rudzki* (Warszawa) zwrócił uwagę na ogromne znaczenie profilaktyczne i społeczne przychodni. Prof. *Holcman* (Moskwa) mówił o wielkiej działalności przychodni przeciwgruźliczych w Rosji Sowieckiej, o stosowaniu na wielką skalę bezpłatnie odmy sztucznej, autohemoterapji i t. d. Dr. *Węgrzynowski* (Lwów) uważa, że przychodnie powinny głównie służyć do *dopełniania* odmy, za które radzi, ze względów wychowawczych, u chorego pobierać chociażby minimalną opłatę. O dużej śmiertelności z powodu gruźlicy i złym stanie przychodni, wskutek braków materjalnych, w Bułgarji mówił prof. *Janouloff*, Prof. *Constantini* (Włochy) i *Courmont* (Francja) radzą stosować odmę sztuczną w szpitalach. W dyskusji przemawiali jeszcze: Dr. *Fedders* (Łotwa), Dr. *de Kovats* (Węgry). Dr. *Ronzoni* (Włochy), Dr. *Blechman* (Rumunja) Prof. *Ejnis* (Moskwa). Dr. *Habetin* (Austrja), Dr. *Lunquist* (Szwecja) i *Savonen* (Finlandja). Wszyscy mówcy podzielili się ze słuchaczami swojemi doświadczeniami i rezultatami działalności profilaktycznej i leczniczej przychodni przeciwgruźliczej w reprezentowanych przez nich krajach.

Niezależnie od referatów głównych, wygłosił w pierwszym dniu zjazdu p. *John Kingsbury* (Stany Zjednoczone Am. Płn.) odczyt p. t. „Metody szczególne zwalczania gruźlicy w okręgu wiejskim o niskiej umieralności z gruźlicy"; prelegent pokazał na tablicach oraz wykresach pomyślne rezultaty walki z gruźlicą w Ameryce i zaznaczył, że liczba śmiertelnych wypadków od gruźlicy między ogólną liczbą zgonów w Ameryce zajmuje dopiero siódme miejsce. W ostatnim dniu zjazdu wygłosiła odczyt p. Dr. *Skokowska-Rudolf* na temat „O walce z gruźlicą w Polsce". Podając krótki zarys tej walki w czasach przedwojennych prelegentka zaznacza, że dzisiaj dysponujemy 10.000 łóżkami w szpitalach i sanatorjach oraz 341 przychodni. Na kolonjach letnich, mających duże znaczenie w walce z gruźlicą, znajdowało się w 1932 r. 138.000 dzieci. Polski Związek Przeciwgruźliczy, który powstał dzięki inicjatywie Służby Zdrowia, koncentruje dzisiaj w swych rękach wszystkie organizacje i środki, mające za zadanie walkę z gruźlicą w Polsce. Śmiertelność wskutek gruźlicy stale spada (z 97 zgonów na 10 000 mieszkańców w 1917 r. do 17,1 w 1931 r.). Rząd Polski zamierza w celu dalszego zwalczania gruźlicy wydać specjalną ustawę przeciwgruźliczą.

Na zakończenie sprawozdania niniejszego, chciałbym wspomnieć jeszcze o odczytach, które

wygłosili na Klinice Chorób Wewnętrznych Uniw. Warsz. w związku ze Zjazdem obecnym i pod egidą Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad gruźlicą delegaci na Zjazd z Rosji Sowieckiej. Pierwszy odczyt wygłosił prof. *Lubarski* (Moskwa) na temat „*O mechanizmie odporności przeciwgruźliczej*“; z przemówienia prelegenta dowiedzieliśmy się np., że prątki gruźlicze w wątrobie i śledzionie prędko giną, natomiast w płucach żyją długo, przyczem z początku tracą swą zjadliwość, a później giną. Następny mówca Prof. *Holcman* (Moskwa) w odczycie p. t. „*O nowych metodach leczenia gruźlicy płuc*“ przedstawił słuchaczom nowy, ciekawy sposób leczenia jam i nawet silnych krwotoków płucnych za pomocą *specjalnego elektrycznego masażu wibracyjnego*, który wywołując drganie klatki piersiowej, prowadzi do zahamowania krwotoku i gojenia jamy płucnej. Przy zapaleniu opłucnej masaż wibracyjny wywołuje racjonalną i naturalną odmę po 6-cio lub 8-mio krotnem zastosowaniu. Prelegent zaznacza, że masaż wibracyjny jako środek leczniczy „urgens“ jest zalecony dyżurnym lekarzom w szpitalach i daje podobno doskonałe wyniki. W dyskusji, którą ten ciekawy odczyt wywołał, zaznaczono, że już dawniej Dr. *Cybulski* w Otwocku stosował podobną metodę w przypadkach jamy płucnej, natomiast w krwotokach dotychczas nikt tej metody nie stosował. Prof. *Ejnis* (Moskwa) w odczycie swym mówił o leczeniu chirurgicznem gruźlicy płuc; prelegent cytuje dobre pooperacyjne statystyki *Behra* i *Buhla* z 1929 i 1930 r. oraz *Garmsera* w Moskwie, który operował 54 chorych i otrzymał doskonałe wyniki u 48% pacjentów. Przy powzięciu decyzji co do zabiegu operacyjnego ważną jest ocena czynnościowego stanu, oraz możliwości kompensacyjne organizmu pacjenta. Najlepiej przechodzą operacje pod wpływem preparatów bromowych, zwalniających tętno. Autor jest zwolennikiem torakoplastyki, oraz plombowania chorego płuca. Prof. *Rubinstein* (Moskwa) w odczycie swym p. t. „O metodyce wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc“ wskazał między innemi na prześwietlenie rentgeniczne płuc, jako na najważniejszy środek pomocniczo - rozpoznawczy w walce z gruźlicą, gdyż dzięki niemu możemy w początkującym stadjum stwierdzić już obecność ogniska lub nacieku w płucach. Podług słów prelegenta w 55% przypadków choroba rozwija się bezobjawowo, a 85% zwraca się poraz pierwszy do przychodni już w ciężkim stanie. W Rosji dlatego ustawa nakazuje zbadanie w tym kierunku wszystkich studentów przed przyjęciem do uczelni na studja, nauczycieli, robotników i wogóle wszystkich, którzy mogą być groźni dla otoczenia. Prof. *Orłowski* w dyskusji zaznaczył, że u nas też zastosowano badania w tym kierunku w stosunku do studentów. Wreszcie ostatni odczyt wygłosił prof. *Feinszmidt* (Charków) na temat „*Z praktyki Kollapsoterapji*“. Prelegent opiera swe wywody na kilkunastoletniej działalności w t. zw. „Tubinstytucie“ i „Tubdispensaire'ach“ w Charkowie. Prelegent stosuje u wielu chorych sztuczną odmę, przyczem zakłada ją jednostronnie, nawet przy dwustronnem schorzeniu, w płucu, więcej dotkniętem chorobą, pomimo czynnego procesu w drugim. Jednoczasowe dwustronne zakładanie odmy sztucznej wskazane jest tylko przy pogorszeniu ogólnego stanu zdrowia chorego. Autor wspomina również o stosowaniu w Charkowie torakoplastyki u wielu chorych z dobrym wynikiem.

Po wygłoszeniu powyższych odczytów przewodniczący Zebrania Prof. *Orłowski* podziękował prelegentom za ich ciekawe referaty.

Jako miejsce następnego Zjazdu, Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, mającego się odbyć w 1936 r. została wybrana Lizbona, dokąd wszyscy obecni uczestnicy Zjazdu zostali przed jego zamknięciem, przez przyszłego przewodniczącego Prof. *Lopo de Carvallo* zaproszeni.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Sprzeczności odczynów żołądkowych wydzielania śluzu i wędrówki leukocytów a wydzielania kwasu solnego i pepsyny. (Les contrastes des reactions myxoleucocytaire et chlorhydropeptique de l'estomac). Loeper et Fau.

Presse Médicale. Nr. 58 1934 r.

Do niedawna przypuszczano, że błona śluzowa żołądka wydziela tylko kwas solny i pepsynę, dopiero Leriche i inni zwrócili uwagę na znaczenie wydzielania śluzu, zaś autorzy razem z Marchalem wykazali znaczenie leukopedezy t. zn. przenikania pod wpływem bodźców pokarmowych lub chemicznych białych ciałek krwi z podśluzówki do wnętrza żołądka. Całość tych czynności żołądka, polegających na wydzielaniu pepsyny i kwasu solnego oraz wydzielaniu śluzu i przenikania leukocytów jest regulowana przez układ nerwowy. Dotychczas przypuszczano, że oba rodzaje czynności żołądka przebiegają równolegle do siebie, jednakże nowsze badania pokazały, że wprost odwrotnie, są one sobie sprzeczne. Sprzeczność ta jest interesująca z punktu widzenia biologicznego, klinicznego i leczniczego.

Autorzy wykazali, że nerw błędny, pobudzając wydzielanie pepsyny i kwasu solnego, hamuje diapedezę leukocytów i wydzielanie śluzu. Środki pobudzające nerw błędny zmniejszają produkcję śluzu podczas gdy środki hamujące nerw błędny ją powiększają. Żołądek normalny na czczo nie zawiera śluzu, bodźce pośrednie jak żucie, podrażnienie psychiczne nie wywierają na wydzielanie śluzu żadnego wpływu, podczas gdy wywołują one obfite wydzielanie kwasu solnego. W stanach chorobowych na czczo żołądek może zawierać śluz, ma to szczególnie miejsce wtedy, gdy sok żołądkowy jest mało kwaśny.

Badanie wpływu pokarmów pokazało, że białko kurze i cukier najwięcej wpływają na wydzielanie śluzu, równocześnie jednak towarzyszy temu słabe wydzielanie kwasu solnego. Wydzielanie śluzu jest zatem w zależności od odżywienia. Zmienność idzie w kierunku odwrotnym do wydzielania HCl W stanach chorobowych zaznaczają się również te przeciwieństwa, żołądek wytwarza śluz w przypadkach raka, nie wytwarza go w przypadkach choroby wrzodowej; to samo sprzeczne zachowanie stwierdza się w przypadkach zwykłej niedokwaśności, przy której wydzielanie śluzu jest obfite; skąpe przy nadkwaśności żołądka. Sprzeczności te nie są tak wyraźne w przypadkach różnego rodzaju dyspepsji żołądka, szczególnie w przypadkach nieżytu żołądka alkoholików, u których stwierdza się zawsze obecność śluzu, niezależnie od zmiennego wydzielania kwasu solnego.

Badając działanie środków leczniczych stwierdzili autorzy, że atropina pobudza bardzo silnie wydzielanie śluzu, zmniejszając równie silnie wydzielanie kwasu solnego i pepsyny. Eseryna działa wprost odwrotnie — powiększa wydzielanie soku żołądkowego, zmniejsza wydzielanie śluzu. Przenikanie leukocytów do żołądka idzie równolegle do wydzielania śluzu. Stwierdzili to autorzy tak przy określaniu działania środków spożywczych, jak w stanach niedokwaśności i nadkwaśności, jak też i badając działanie środków leczniczych. Stopień wydzielania śluzu odpowiada stopniowi przenikania leukocytów do żołądka. Wszystkie te spostrzeżnia posiadają znaczenie praktyczne. W przypadkach, w których się ma na celu ochronę błony śluzowej żołądka (wrzody żołądka, nadkwaśność, etc.), należy stosować pokarmy i środki lecznicze, które pobudzają wydzielanie śluzu i przenikanie leukocytów, a niesprzyjają wydzielaniu HCl. Należy więc dawać cukier, stosować atropinę. Szczególnie działanie tej ostatniej, która równocześnie działa przeciwskurczowo, obniża wydzielanie HCl, pobudza wydzielanie śluzu i przenikanie leukocytów tłumaczy jej wpływ kojący i leczniczy w przypadkach wrzodu żołądka i nadkwaśności.

Podwójny szmer puchliny brzusznej i objaw przytłumienia poziomego w postawie stojącej. (Le double bruit ascitique et le signe de la matité horizontale dans la station debout). Lian et Odinet.

Presse Médicale. Nr. 68. 1934.

Lekkie wstrząśnienie jamy brzusznej w okolicy dołu biodrowego wywołuje w stanie prawidłowym po drugiej stronie szmer, po którym w razie obecności płynu w jamie brzusznej występuje szmer drugi dłuższy i silniejszy. Warunkiem powstawania tego szmeru jest by wstrząśnienie powłok brzusznych było lekkie, punkt osłuchiwania jamy brzusznej możliwie odsunięty od punktu wstrząśnienia. Najlepiej jest osłuchiwać w punktach symetrycznie sobie przeciwległych, na zboczach brzucha albo w dołach biodrowych. Osłuchiwać można zwyczajnym stetoskopem z drzewa, ze stetoskopów zaopatrzonych w błony drgające lepiej jest usunąć te ostatnie. Wstrząśnienie powłok brzusznych w stanie prawidłowym wywołuje po stronie przeciwległej również wstrząśnienie. W razie obecności płynu wstrząśnienie to jest tylko silniejsze i ma charakter falujący, jednakże jeżeli płynu jest niewiele odróżnienie wstrząśnienia normalnego od patologicznego jest trudne. W tych przypadkach korzystne jest osłuchiwanie jamy brzusznej, gdyż łatwo jest odróżnić pojedyńczy szmer słyszalny tylko wtedy gdy niema płynu w jamie brzusznej od szmeru podwójnego, występującego w razie obecności nawet niewielkiej ilości płynu. Z tego też względu objaw ten ma szczególne znaczenie przy skąpej ilości płynu w jamie brzusznej. W ostatnim przypadku objaw podwójnego szmeru, czasami nieobecny w położeniu leżącem, występuje w pozycji stojącej, w której go się

stwierdza nawet przy bardzo skąpej ilości płynu. Szmery występują wtedy najwyraźniej przy osłuchiwaniu okolicy, znajdującej się pod pępkiem. W tej postawie stwierdza się również w razie obecności płynu w jamie brzusznej stłumienie, którego górna granica przebiega poziomo. Oba te objawy: podwójny szmer przy osłuchiwaniu i poziomo przebiegająca górna granica przytłumienia w dolnych częściach jamy brzusznej pozwalają stwierdzić nawet nieznaczne ilości płynu.

Wstrzykiwania pepsyny do błony śluzowej jako metoda leczenia wrzodów żołądka i dwunastnicy. (Les injections intramuqueuses de pepsine dans le traitement des ulcéres gastriques et duodenaux. Debray et Roy.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. Nr. 19. 1934.

Autorzy stosując wstrzykiwania śródmięśniowe pepsyny, zapoczątkowane we Francji przez Loepera, w przypadkach wrzodu żołądka otrzymali u 80% chorych leczonych tym sposobem wyraźną poprawę. Powikłania występujące w przebiegu leczenia są nieznaczne, są to lekkie zaczerwienienia w miejscu wstrzyknięcia, nieznaczne podwyższenia ciepłoty, czasami lekkie bólowe odczyny miejscowe. Zastanawiając się nad przyczynami z powodu których ta metoda leczenia zawodzi u 20% chorych doszli autorzy do przekonania, iż należy działać bardziej bezpośrednio na uczuloną w stosunku do pepsyny błonę śluzową żołądka. Nie mogąc działać na nią bezpośrednio spróbowali wstrzykiwać pepsynę do tkanki pokrewnej, mianowicie do błony śluzowej jamy ustnej. Do wstrzykiwań używali rozczynu pepsyny a 0.05 na cm.^{3}, stosując za pierwszym razem 0.1, później 0.2 — 0.3 cm.^{3} Wstrzyknięcia wykonywane są serjami po 12 w ciągu miesiąca, mniej więcej 3 razy w tygodniu. Wyniki stosowania pepsyny do błony śluzowej są podobne do wstrzykiwań śródmięśniowych, w jednych i drugich znikają bóle i wymioty. U 7 na 8 przypadków wrzodów żołądka i dwunastnicy oraz nadkwaśności otrzymali autorzy wyraźną poprawę, kładą oni jednak nacisk na fakt, że poprawa zaznaczyła się w tych przypadkach, w których poprzednie, domięśniowe stosowanie pepsyny pozostało bez wyniku. Działanie lecznicze polega prawdopodobnie na zmniejszeniu lub zniesieniu uczulenia błony śluzowej żołądka w stosunku do pepsyny. Przemawia za tem zmniejszanie się odczynu ze strony błony śluzowej jamy ustnej w miarę postępowanie leczenia.

Wzrost chorych cukrzycowych. (La croissance chez les diabetiques). Labbé et Gringoire.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 25. 1934.

Autorzy oddawna zauważyli powolność, a czasami i zatrzymanie wzrostu u dzieci chorych na cukrzycę. Od czasu stosowania insuliny zachowanie się wzrostu tych dzieci było bardziej prawidłowe, jednakże pomimo insuliny nie wszystkie dzieci rozwijały się jak należy. Autorzy zwrócili uwagę, że cukrzyca często występowała u dzieci o ponad normę wybujałym wzroście, szczególnie wyraźnie zaznacza się to u chłopców. Natomiast u dziewcząt i u chłopców z chwilą wystąpienia cukrzycy wzrost się staje powolniejszy. Stwierdza się to u 75% badanych dzieci, (74), podczas gdy przyśpieszenie rozwoju w okresie przedcukrzycowym występuje u 85%. Zwolnienie wzrostu stwierdzane były także u dzieci leczonych insuliną. Autorzy z tego względu nie podzielają optymizmu badaczy, którzy twierdzili, że leczenie insulinowe wpływa normująco na rozwój chorych. Ponieważ zwolnienie wzrostu jest raczej nieznaczne, trzeba nieraz kilku lat by się przekonać, że jednostka początkowo zbyt rozwinięta przechodzi powoli w pewien stan niedorozwoju. Zmiany wagi idą naogół równolegle do zmian wzrostu, nie są jednak tak charakterystyczne, gdyż zależą od stosowanej diety i od sposobu leczenia insuliną. Rozwój płciowy jest również zwolniony, szczególnie w przypadkach cukrzycy ciężkiej miesiączka albo się zatrzymuje, albo wcale nie występuje, dopiero zastosowanie insuliny wpływa na jej normalne występowanie, również u chłopców w przypadkach ciężkich narządy płciowe rozwijają się słabo. Zatrzymanie rozwoju dzieci chorych na cukrzycę tłumaczono początkowo złem odżywianiem, jednakże nie miało to miejsca u chorych spostrzeganych przez autorów, nawet zastosowanie diety obfitej nie wpłynęło u nich na wzrost, podobnie wprowadzenie do diety witamin wzrostowych A i B nie okazało wyraźnego wpływu. Przypuszczano, że przyczyną pierwotnego przyśpieszenia wzrostu mogą być zaburzenia w czynności przedniego płata przysadki mózgowej, jednakże prawdziwa cukrzyca na tle trzustkowo-insulinowem nie wiele ma wspólnego z zaburzeniami regulacji przemiany cukrowej pochodzenia przysadkowego. Możliwe jest, że wydzielanie wewnętrzne trzustki posiada pewne znaczenie dla prawidłowego rozwoju.

Nowa toxicomania: dilaudidomania. (Une toxicomanie nouvelle: la dilaudidomanie). Paul Sainton.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 25. 1934.

Dilaudid jest preparatem niemieckim firmy Knolla. Jest to dihydromorfinon, stosowany podobnie jak morfina dla łagodzenia bólu i uśmierzania kaszlu. Dawki dilaudidu, stosowane w tabletkach, czopkach, i wstrzykiwaniach podskórnych, są pięciokrotnie słabsze od dawek morfiny. Dotychczas przypuszczano, że nie wywołują one zjawisk przyzwyczajenia. Wbrew temu mniemaniu autor przytacza przypadek chorego, u którego dilaudid, zastosowany dla uśmierzenia bólów jako środek łagodny, nie wywołujący przyzwyczajenia, doprowadził do stanu psychicznego całkowicie podobnego do morfinomanji.

Niedocukrzenie insulinowe krwi u chorych cukrzycowych. (L'hypoglycemie insulinique provoquée chez les diabétiques). Labbé Escalier et Uhry.

Presse Médicale. Nr. 59. 1934.

Autorzy badali działanie śródżylnego wstrzyknięcia insuliny na poziom cukru we krwi ludzi zdrowych i chorych cukrzycowych. Badania te wykonane były u 11 chorych Wstrzyknięcie znoszą chorzy dobrze, czasami tylko występuje uczucie głodu i poty. U cukrzycowych krzywa cukru we krwi po wstrzyknięciu zachowuje się podobnie,

jak u zdrowych. W pierwszym okresie po wstrzyknięciu krzywa opada u jednych, i u drugich jednak ten spadek jest u cukrzycowych mniej regularny, krzywa to opada, to znowu się podnosi. U ludzi zdrowych czas opadania krzywej trwa od 15 — 55 minut, u chorych waha się on od 100 — 185 minut, pozatem spadek jest tem silniejszy, im wyższy był poziom cukru we krwi przed wstrzyknięciem. Następujący po spadku okres wznoszenia się krzywej u ludzi zdrowych ma dwa odcinki: pierwszy wznoszący się szybko, drugi słabiej. U cukrzycowych krzywa przebiega równomiernie tak, że nie można odróżnić wspomnianych odcinków. Duża różnica występuje natomiast w tz. zw. wskaźniku asymilacji t. j. obniżeniu cukru we krwi, obrachowanym w odsetkach i na minutę. U zdrowych waha się on od 1,7 — 3,3, u cukrzycowych jest on mniejszy od jedności i wynosi od 0,34 — 0,55. Autorzy uważają, że wahania wskaźnika asymilacji charakteryzują pewne postaci kliniczne cukrzycy. Kwasica zdaje się całkowicie nie wpływać na przebieg krzywej cukru po wstrzyknięciu iusuliny. Autorzy zwracają uwagę, że ta nowa i całkowicie niewinna próba insulinowa może dostarczyć ważnych wskazówek o zaburzeniach regulacji cukru w ustroju ludzi zdrowych i chorych.

Śmiertelne zatrucie salicylanem sodu. (Intoxication mortelle par le salicylate de soude). P a i s s e a u, F r i e d m a n, V a i l l e.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 24. 1934.

W ostatnich czasach stosuje się w leczeniu ostrego gośćca stawowego albo t. zw. obecnie choroby reumatycznej bardzo znaczne dawki salicylanu sodu, (według Danielopolu 12 — 30 gr. dziennie, inni dają jeszcze więcej). Dzieciom, u których ostry gościec przebiega szczególnie ciężko, staje się w stosunku do ich wagi ciała nawet jeszcze większe dawki, np. u 10 — 12 letnich dzieci dawka 10 gr. salicylanu dziennie bywa stosowana często. Objawów toksycznych unika się naogół, podając równocześnie z salicylanem podwójną dawkę dwuwęglanu sodu. Przytaczano wprawdzie już przykłady zatrucia wielkimi dawkami, jednakże przypadki te są rzadkie. Autorzy przytaczają opis przypadku śmiertelnego zatrucia salicylanem sodu u dziewczynki 10 letniej, wagi 27 kg., cierpiącej na reumatyczne zapalenie wsierdzia. Dziecko otrzymywało w szpitalu 10 gr. salicylanu sodu w połączeniu z 20 gr. dwuwęglanu sodu. Ponieważ środek był źle znoszony i wywoływał wymioty zastosowano 2 gr. salicylanu sodu śródżylnie i 5 gr. w lewatywie. Wymioty wtedy zmniejszyły się nieco, jednakże po 3 dniach leczenia dziecko było zmęczone, niespokojne, skarżyło się na gorąco, w końcu stan ogólny pogorszył się znacznie, dziecko straciło przytomność, i wystąpił rytm oddechowy Kussmaula. W końcu zapach i charakter oddechu, zapaść ogólna zwróciły uwagę w kierunku zatrucia kwasicowego, co całkowicie potwierdziło badanie krwi, wykazujące bardzo niski zasób zasad. Stwierdzono ponadto wysoki poziom cukru we krwi, znaczną ilość ciał ketonowych w moczu. Leczenie polegało na podawaniu dwuwęglanu sodu podskórnie, doustnie, śródżylnie i w lewatywie oraz insuliny. Równocześnie z objawami kwasicowemi wystąpiły objawy ze strony nerek, ilość moczu się zmniejszyła i zjawiły się w nim wałeczki, towarzyszyła temu znaczna azotemia we krwi. Po zastosowaniu leczenia stan dziecka początkowo się poprawił, jednakże wkrótce dziecko zmarło z objawami sinicy, pomimo, że zasób zasad wzrósł szybko. Badanie anatomo patologiczne wykazało stłuszczenia wątroby i przekrwienie nerek.

Kwasica salicylowa. Studjum biologiczne. (Acido- cetose salicylée. Etude biologique). P a i s s e a u, F r i e d m a n et V a i l l e.

Bull. et Mem. Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Nr. 24. 1934.

Badanie krwi w przypadku śmiertelnego zatrucia salicylanem sodu wykazało odwrócenie wzajemnego stosunku chloru w krwinkach i w osoczu, zmniejszenie zasobu zasad i zwiększenie poziomu cukru we krwi. W moczu przy kwasicy salicylowej stwierdzano już nieraz obecność acetonu, która nieraz poprzedzała objawy zatrucia. Większość autorów również znalazła, że zakwaszenie towarzyszy zatruciu salicylowemu. Wyrazem tego zakwaszenia jest: stałe obniżenie Ph moczu, znaczna zawartość amoniaku w moczu, stałe a czasami znaczne obniżenie zasobu zasad we krwi. Rzadkie występowanie kwasicy salicylowej pomimo częstego stosowania wysokich dawek salicylanu sodu można jedynie wytłumaczyć tem, że zatrucie występuje jedynie u jednostek szczególnie wrażliwych. Niektórzy autorzy przypuszczają nawet, że jest ono wyrazem odczynu alergicznego. Aby wyzyskać całą wartość leczenia salicylowego, a nie dopuścić równocześnie do wystąpienia objawów zatrucia trzeba umieć rozpoznać te ostatnie i wiedzieć jak go unikać. Jest to wtedy możliwe gdy salicylan sodu łączy się zawsze z podwójną dawką dwuwęglanu sodu, o tym ostatnim nie można zapominać i wtedy gdy salicylan stosuje się w lewatywach lub śródżylnie. Autorzy doradzają aby u wszystkich chorych nieprzytomnych, mających wymioty i zaparcie poszukiwać objawów zakwaszenia, badając przedewszystkiem mocz na aceton i krew na zasób zasad; ponadto obecność w moczu białka i wałeczków ziarnistych powinna być wskazaniem do ograniczenia dawki salicylu. Początkowe okresy zatrucia można przerwać usuwając salicyl, podając śródżylnie i przez odbytnicę duże ilości zasad, w razie zjawienia się hyperglikemji dołącza się do tego insulinę, gdy badanie krwi wykazuje spadek chlorków należy podawać i te ostatnie.

Trzecia statystyka leczenia złotem gruźlicy płuc. (Troisiéme statistique de la chrysotherapie de la tuberculose pulmonaire). B e r n a r d et M a y e r.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 34. 1934.

Doświadczenia autorów opierają się na dwóch poprzednich statystykach, w których przytoczyli wyniki leczenia złotem 716 chorych gruźliczych, obecna trzecia z rzędu statystyka przytacza wyniki leczenia złotem 755 nowych chorych. Początkowo stosowali autorzy sanochrysinę duńską, rychle zastąpioną przez crisalbinę francuską. Z góry zastrzegają się autorzy, że działanie złota jest niestałe i nierówne nietylko w podobnych postaciach gruźlicy płuc, ale nawet u jednych i tych samych jednostek. Rozpoczynając leczenie złotem

nie można chorym obiecywać poprawy, ale nie należy się zniechęcać w razie braku wyniku leczenia. Wyrazem ogólnej poprawy jest przedewszystkiem obniżenie ciepłoty, lepsze samopoczucie ogólne, powrót apetytu i idący z nim w parze wzrost wagi, równocześnie zmniejsza się kaszel i ilość plwociny. Objektywnie stwierdza się zmniejszenie i znikanie objawów osłuchowych, ogniska płucne się zmniejszają, zmieniają się i obrazy rentgenologiczne, zmiany nieraz bardzo znaczne znikają całkowicie, albo też rozjaśniają się i zacierają bardzo wyraźnie, wreszcie zniknąć mogą i laseczniki z plwociny, choć ten wyraz poprawy jest rzadziej spostrzegany. Dodatnie wyniki leczenia złotem występować mogą we wszystkich postaciach gruźlicy, jednakże najkorzystniejsze wyniki spostrzega się w t. zw. poussée evolutive. Im świeższa jest zmiana gruźlicza, im mniej ją poprzedzało nawrotów, tem silniejsze i wyraźniejsze będzie działanie złota. Poprawa następująca po leczeniu złotem ma naogół charakter stały, z tego też względu autorzy szeroko stosują złoto w leczeniu ambulatoryjnem.

W przypadkach ostrych rozpoczyna się leczenie w szpitalu, lub sanatorjum przechodząc później do leczenia domowego. Stawiano zarzut, że podobne poprawy spostrzega się i samoistnie bez stosowania złota, jednakże za wartością złota przemawia wyraźna równoczesność między objawami poprawy a wstrzykiwaniami crisalbiny, dotyczy to szczególnie spadku ciepłoty. Złoto działa nieraz leczniczo w przypadkach najcięższych, zdawałoby się zgubionych. Dodatnia strona jego działania polega także i na tem, że działa ono szybko, poprawa widoczna jest nieraz już po kilku wstrzyknięciach i że działa często dodatnio, jak to wykazuje ostatnia statystyka. Z tej statystyki, obejmującej ogółem 755 osób, wyłączono 351 jako niedostatecznie długo, t. zn. mniej niż 6 miesięcy leczonych. Z pozostałych 404 chorych zmarło 14, pogorszył się stan u 40, pozostał bez zmiany u 95. U 131 chorych stan się poprawił t. j. znikły tylko wszystkie objawy kliniczne, u 82 poprawa była bardzo znaczna t. zn. że zniknięciu objawów klinicznych towarzyszyła także wyraźna poprawa radjologiczna, wreszcie 52 chorych należało uważać jako wyleczonych, gdyż zniknięciu objawów klinicznych towarzyszyło zniknięcie objawów radjologicznych i laseczników Kocha, przyczem stan ten utrzymywał się najkrócej przez 6 miesięcy. Ogółem więc na 404 chorych stwierdzono u 265 czyli u 65.5% poprawę. W tej statystyce liczba chorych z poprawą jest wyraźniejsza, niż w statystykach poprzednich. gdyż w r. 1928 — 1928 poprawa wystąpiła 51.6% chorych, w statystyce 1930 — 31 u 56.1%.

Autorzy zalecają by nie używać od razu większych dawek crisalbiny. Należy badać wrażliwość chorych, zaczynając od dawek małych 0.05, stopniując powoli zależnie od wrażliwości chorych do 0.25 — 0.5 pro dosi. Ważne jest również, aby wstrzykiwania nie były zbyt częste, najlepiej jest stosować je z przerwami 6 — 8 dniowemi Wreszcie autorzy nie uznają wstrzykiwań wykonywanych serjami, stosują oni złoto tak długo, jak długo wymaga tego stan chorych i w zależności od tego jak złoto jest znoszone i jak się przedstawia obraz kliniczny. Niektórzy z pacjentów autorów otrzymali w ciągu kilku lat 20 — 30, nawet do 70 gr. złota. Korzystne jest również połączenie glukonatu wapnia z tiosiarczanem złota i sodu, rozcieńcza się więc sole złota w glukonacie wapnia. Połączenie to pozwala na stosowanie większych dawek złota, tak np. można dawać 0.5 złota tam, gdzie dotychczas stosowano 0.25. Jeżeli się zachowuje podane wskazówki, t. zn. stosuje złoto w małych dawkach i w należytych odstępach czasu, można się nie obawiać powikłań w czasie leczenia. Według autorów złoto jest obecnie jedyną chemiczną metodą leczniczą, mającą działanie wyraźnie, choć niestałe, na przebieg gruźlicy płuc.

Badania doświadczalne nad zachowaniem się ciał tłuszczowych we krwi po usunięciu śledziony. (Etude experimentale des variations de la lipidemié, sous l'influence de la splenéctomie). G e n e s, M a h o u d e a u e t L a u d a t.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris. Nr. 23. 1934.

Autorzy oznaczali ciała tłuszczowe i cholesterol we krwiu 5 psów po usunięciu śledziony. Doświadczenia te wykazały, że jeżeli poziom tych ciał jest prawidłowy przed usunięciem śledziony, podnosi się on bardzo wyraźnie po zabiegu; podwyższenie nie było tak wyraźne w przypadku, w którym przed zabiegiem poziom ciał tłuszczowych był wysoki.

Działanie splenektomji jest różnie tłumaczone. Śledziona ma być narządem cholesterynotwórczym, który posyła do wątroby cholesterynę przy każdej czynności trawiennej. Usunięcie śledziony prowadzi do cholesterynemji tak, jakby śledziona była niezbędna do wydzielania cholesteryny przez wątrobę. Rola śledziony zdaje się jednak być bardziej złożoną. Stwierdzono bowiem, że podrażnienie faradyczne obwodowej części przeciętego nerwu podnosi znacznie i bardzo szybko poziom ciał tłuszczowych we krwi żylnej zwierzęcia normalnego. Objawu tego się nie stwierdza, gdy śledziona jest usunięta, występuje on natomiast, gdy wstrzykuje się do krążenia znaczne ilości wyciągu śledziony.

Leczenie nietolerancji pokarmowej w stosunku do jaj. (De l'oeuf. De son intolerance alimentaire). Essai de traitement: L e o n M e u n i e r.

Presse Medicale. Nr. 66. 1934.

Coraz częściej spotyka się obecnie osoby twierdzące, że źle znoszą jaja kurze nawet w nieznacznej domieszce potraw. Przypuszczano, że jaja są źle znoszone przez chorych na kamicę żółciową z powodu swej bogatej zawartości cholesteryny (około 0.025), żółtko zawiera ponadto dość dużo tłuszczów, które w przypadkach niedostatecznego wydzielania dwunastniczego, źle się zmydlają, wreszcie w szeregu przypadków istnieje prawdziwe uczulenie w stosunku do białka, które doprowadzając do wstrząsu, powoduje różne objawy ogólne i miejscowe jak nudności, wymioty, pokrzywki, etc. Autorzy, badając treść żołądka, u chorych nie znoszących jaj, stwierdzili niedostateczne wydzielanie, a szczególnie hamujący wpływ żółtka na wydzielanie soku żołądkowego. Wobec tego żółtko, spożywane z innemi pokarmami białkowemi albo w całości jaj, hamując wydzielanie soku żołądkowego opóźnia i utrudnia procesy trawienne, wywołując wszystkie objawy niedokwaśności, dalej niedostatecznie strawione

białko wywoływać może w swych dalszych przemianach objawy uczulenia, wstrząsu wraz ze wszystkimi jego następstwami. Autorzy stwierdzili ponadto, że żółtko gotowane na twardo w znacznej mniejszym stopniu hamuje wydzielanie soku żołądkowego, niż żółtko surowe: prawdopodobnie dlatego, że przez gotowanie i strącenie białko nie dopuszcza do zetknięcia żółtka ze ścianą żołądka. Opierając się na tych spostrzeżeniach zalecają autorzy w przypadkach złego znoszenia jaj przedewszystkiem unikać równoczesnego podawania ciał białkowych z żółtkiem jaj, po drugie podawać osobom, źle znoszącym jaja przed ich spożyciem rozczyn HCl, który zastąpi zniesione wydzielanie soku żołądkowego. W ten sposób uda się może zwalczyć szerzącą się modę złego znoszenia jaj, co prowadzi do usuwania tego pożytecznego składnika pokarmów z odżywiania.

E. Reicher.

Przyczynek do badania i nowy sposób leczenia zespołu zatrucia barbiturowego. (Contribution à l'étude du syndrome d'intoxication par les barbituriques et de son traitement nouveau). L o u b i è r e J.

Rozprawa, Paryż, Jouve & Cie, 1934.

Po obszernem omówieniu klinicznego obrazu zatrucia barbiturowego, autor przechodzi do jego leczenia na podstawie dotąd ogłoszonych przypadków i własnych doświadczeń. Jako najnowszy sposób leczenia, autor opisuje leczenie strychniną, a powołując się na publikację Ramond'a i Delay'a, którzy, obok strychniny, stosowali Coraminę, poświęca cały dział leczenia zapomocą tej ostatniej szeregu zatruć pochodnemi kw. barbiturowego. Nie negując znaczenia strychniny w wyżej wspomnianych zatruciach, autor zaznacza, że ta ostatnia, nawet w dawkach umiarkowanych, często wywołuje drgawki i kurcze, podobnie jak to ma miejsce w tężcu i że Coramina, wprowadzona dożylnie, daje w tych wypadkach doskonałe efekty lecznicze.

Powołuje się na przypadki *Bertrand-Fontaine'a* i *Class'a Ramond-Delay'a, Denéchau-Bonhome'a,* z historji których wynika, że Coramina daje dobre rezultaty w ciężkich zatruciach pochodnemi kw. barbiturowego i podkreśla, że w przyszłości Coramina okaże się jeszcze bardziej skuteczną, z chwilą gdy dawki tego środka będą bardziej ustalone i odpowiednio dostosowane do poszczególnego przypadku zatrucia. Nie można nawet porównywać pod względem toksyczności Coraminy ze strychniną. Ta ostatnia zawsze pozostanie środkiem niebezpiecznym i nieobliczalnym w następstwa. Coramina, jako odtrutka działa b. silnie w zatruciu barbiturowem, a szczególnie wtedy, gdy się ją wprowadza dożylnie w dużych dawkach.

Po omówieniu pracy *Blocha* i dwóch nowych przypadków, w których Coramina wykazała doskonały efekt leczniczy, autor podnosi możliwość podawania Coraminy w uśpieniu awertynowem.

W końcu streszcza autor dotychczasowe badania, przeprowadzone nad Coraminą, w sposób następujący: „Coramina, jako odtrutka dla związków barbiturowych, wykazuje bezsporne działanie i przedstawia się bardziej interesująco niż strychnina, szczególnie wtedy, gdy będziemy przestrzegali zasady: „primum non nocere".

Gdy zostajemy wezwani do przypadku, przedstawiającego obraz śpiączki, nie zawsze jesteśmy pewni, jaka przyczyna ją wywołała. Zważywszy na rozległe stosowanie Coraminy w lecznictwie, można ją w każdym przypadku podać dożylnie w ilości 3 ccm. W stosowaniu Coraminy należy przyjąć następujące wytyczne: 1) W śpiączce nieznanego pochodzenia 3 ccm. Coraminy, powtarzanej co 2 godz. 2) w śpiączce wywołanej zastosowaniem nieznanej iloci preparatu barbiturowego 3 ccm. dożylnie; przy niedostatecznem działaniu ½ godz. potem 5 ccm. Jeżeli i to wstrzyknięcie jest niewystarczające dalsze 10 ccm. po ½ godz., ewentualnie 20 ccm. znowu po ½ godz. 3) śpiączka po przyjęciu niewielkiej dawki preparatu barbiturowego: na początku 3 ccm. Coraminy w razie potrzeby powtórzyć po 2 godzinach. 4) śpiączka po przyjęciu niewątpliwie dużej dawki: na początku 10 ccm. dożylnie. Ilość ta w razie potrzeby winna być powtórzona po 10 min., ewentualnie kilkakrotnie co 10 minut aż do skutku.

Będąc dalecy od odrzucenia strychniny, która w wielu przypadkach dała doskonałe wyniki, uważamy, że Coramina, jako mniej trująca i dająca się łatwo zastosować, zasługuje na to. aby stać się podstawą leczenia zatruć kwł barbiturowym.

Głównym powodem, skłaniającym nas do oddania pierwszeństwa Coraminie jest fakt, że jako odtrutka silnie działająca, wyklucza niebezpieczeństwo podwójnego zatrucia, czego nie można powiedzieć o strychninie".

Dr. *Sienicki.*

CHOROBY DZIECIĘCE.

Szczepienie przeciwdurowe. (Vaccination antityphoïdique). R o b e r t C l é m e n t e t M. B a r n a n d.

Bull. Général de thérapeut. Nr. 5, 1934.

Skuteczność szczepień przeciwdurowych u dorosłych jest znaną. Doświadczenie w czasie wojny wykazało, że uodpornienie trwa znacznie dłużej, niż początkowo sądzono. Postępując ostrożnie i nie dążąc do uzyskania odporności za pomocą pojedyńczego wstrzyknięcia, nie narażamy szczepionego na niebezpieczeństwo nadmiernych odczynów.

Dur brzuszny zdarza się często u starszych dzieci, wykazuje nieraz przebieg b. ciężki, oraz częste nawroty i powikłania. Jest więc rzeczą ważną dążyć do uchronienia dziecka od tej choroby. Pomimo, że dzieci w pierwszych latach życia są mniej narażone na zakażenie, autorzy sądzą, że szczepić należy wcześnie, ze względu na ciężki przebieg schorzeń durowych w tym wieku, oraz ze względu na możliwość i zalety szczepień mieszanych.

Ramon i *Zoller* wykazali, że łącząc szczepienie przeciwdurowe z anatoksyną błoniczą, lub tężcową otrzymuje się lepsze uodpornienie w stosunku do wymienionych chorób Aby więc nie pomnażać liczby szczepień, oraz aby uniknąć odczynów (które są tem słabsze, im dziecko jest młodsze), autorzy radzą wykonywać szczepienie przeciwdurowe łącznie ze szczepieniem przeciwbłoniczem i przeciwtężcowem w wieku pomiędzy 16 — 18 mies. życia. W pewnych warunkach można uodpornić niemowlęta już poczynając od drugiego półrocza życia.

Przeciwwskazaniem do szczepień jest gruźlica czynna. U niemowląt należy uprzednio wykonać odczyn tuberkulinowy.

Dalszym przeciwwskazaniem są: ostre choroby nerek, cukrzyca, skazy krwotoczne, niewyrównane wady serca i naogół ostre schorzenia gorączkowe.

Uprzednie przebycie duru brzusznego nie wpływa na potrzebę uodporniania. Niektórzy odradzają szczepienie w okresie epidemji, lub w przypadkach choroby otoczenia. Obawa ta wg. autorów nie jest uzasadnioną; odporność bowiem powstaje stopniowo i ew. choroba w okresie przeprowadzania szczepień przebiega naogół łagodnie. Istnienie fazy zmniejszonej odporności w okresie szczepienia nie wydaje się autorom faktem dowiedzionym i sądzą oni, że nawet szczepienie w okresie ew. wylęgania choroby może być jedynie korzystne, gdyż może skrócić lub osłabić przebieg choroby. Szczepienie w przebiegu choroby wykazuje czasami wpływ leczniczy, a bądź co bądź nigdy nie nasila cierpienia.

Stopień uodpornienia zależy od dawki, liczby wstrzyknięć oraz długości przerw oddzielających wstrzyknięcia szczepionki. Powiększając liczbę wstrzyknięć oraz wydłużając dostatecznie przerwy osiąga się bardziej skuteczne i dłuższe uodpornienie Ponieważ dla uzyskania odporności należy wprowadzić pewną określoną ogólną liczbę drobnoustrojów, stosując kilkakrotne wstrzyknięcia można rozpocząć od dawek słabych nie wywołując zbędnych odczynów. Najmniej należy stosować dwa wstrzyknięcia. O ile stosuje się uodpornienie mieszane, przeciwdurowe i przeciwbłonicze, — przerwa między wstrzyknięciami powinna wynosić najmniej 3 tygodnie, w przypadku samego szczepienia przeciwdurowego — najmniej 8 dni.

Pożądanem jest jednak stosować trzykrotne, a nawet czterokrotne wstrzykiwania, z przerwą optymalną wynoszącą od 12 — 15 dni. Przy równoczesnem stosowaniu anatoksyny błoniczej i tężcowej przerwą pomiędzy wstrzyknięciami powinna wynosić najmniej 3 tygodnie.

Dawki szczepionek przeciwdurowych są następujące:

które wznawia ponownie i skutecznie słabnącą odporność. *Vincent* sądzi, że po 4-ch wstrzyknięciach uodparniających odporność trwa do 16 lat.

Co do szczepień doustnych, autorzy sądzą, że dotąd aż skuteczność ich nie będzie niezbicie dowiedzioną, należy oddać pierwszeństwo pewnym szczepieniom metodą podskórną.

Szczepienie przeciwospowe. (Vaccination antivariolique). G. Dreyfus — Sée.

Bulletin Général de thérapeutique. Nr. 5. 1934.

Zaszczepienie limfy ospowej u osób szczepionych po raz pierwszy, wywołuje cykl zmian miejscowych i trzeciego dnia pojawia się zaczerwienienie skóry (macula), później stopniowo powiększający się naciek (papula), który 6-go dnia zostaje zróżniczkowany na centralny pęcherzyk (vesicula) wypełniony wysiękiem przejrzystym, później ropnym, i oboczny odczyn zapalny, który powiększa się do 8-go dnia; w okresie tym może powstać odczyn zapalny dróg chłonnych i odpowiednich gruczołów chłonnych. Okres pęcherzyka ropnego (vesico-pustula) trwa 5 do 6 dni. 12-go dnia rozpoczyna się podsychanie krosty ospowej i zmniejszanie się obocznego odczynu zapalnego. Strup odpada pomiędzy 15 — 25 dniem, pozostawiając stałą bliznę.

Objawy ogólne mogą być znikome; jednak niepokój, bezsenność i wzniesienie ciepłoty mogą występować w przeciągu 2 — 3 dni, w okresie największego rozwoju odczynu zapalnego.

Przebieg powtórnego szczepienia jest odmienny. Szczepienie powtórne wykonane w ciągu pierwszych ośmiu dni, przebiega jak pierwsze zaszczepienie lecz w sposób przyśpieszony; zaszczepienie powtórne po 8 dniach, — daje już tylko znany odczyn poronny, świadczący o uodpornieniu.

Pomimo bakterjologicznej kontroli limfy ospowej, po zaszczepieninu czasami występują powikłania miejscowe w postaci znacznych odczynów zapalnych dróg chłonnych i gruczołów, owrzodzeń, ropnych wykwitów na skórze w otoczeniu, znacznie rzadziej — róży. Uszkodzony pęcherzyk ospowy może być punktem wtargnięcia różnych drob-

W i e k	I wstrzyknięcie	II wstrzyknięcie	III wstrzyknięcie
Od 18 mies. — do 3-ch lat	800 miljonów drobnoustr.	1600 miljonów drobnoustr.	2400 miljonów drobnoustr.
„ 3 lat — „ 7 lat	1200 „ „	2400 „ „	4800 „ „
„ 7 „ — „ 12 „	1600 „ „	3200 „ „	4800 „ „
„ 12 „ — „ 16 „	2 miljardy „	4 miljardy „	6 miljardów „

Po wstrzyknięciu szczepionki przeciwdurowej miejscowo często powstaje bolesne obrzmienie trwające 24 — 48 godzin i ustępujące pod wpływem ciepłych wilgotnych okładów. Często w kilka godzin po wstrzyknięciu spostrzega się ból głowy, umiarkowane wzniesienie ciepłoty i ogólne rozbicie trwające do 24 godzin. Objawy są znikome, o ile szczepienia dokonywa się wieczorem, a dziecko na noc otrzymuje proszek aspiryny lub pyramidonu. Autorzy mi notowali u dzieci istotnych lub poważnych powikłań w związku ze szczepieniem. Odczyn jest tym słabszy im dziecko jest młodsze oraz zawsze mniejszy przy wstrzyknięciach powtórnych.

Odporność uzyskana tą metodą szczepień wydaje się być trwałą i solidną. Autorzy radzą po 4 latach robić dodatkowe jedno wstrzyknięcie,

noustrojów i dlatego wymaga postępowania aseptycznego; należy powstrzymać się od szczepienia u dzieci z ropnemi zakażeniami powłok skórnych.

Najgroźniejszem powikłaniem poszczepiennem jest t. zw. poszczepienne zapalenie mózgu (encephalitis vaccinalis). Powikłanie to występuje pomiędzy 7 — 15 dniem szczepienia, najczęściej ok. 12-go dnia.

Często je poprzedza nadmiernie silny odczyn szczepienny, lecz czasami nic nie wskazuje na możliwość powikłań nerwowych, występujących nagle pod postacią drgawek, wybitnie wzniesionej ciepłoty i wymiotów. Powstaje obraz ostrego, rozlanego zapalenia mózgu, cechujący się zespołem objawów zakażenia i objawów mózgowo-opo-

nowych (różne zaburzenia motoryczne, drgawki i senność).

Wykryty przez *Gildemaier'a* jad ospowy w płynie mózgowo-rdzeniowym u tych chorych przemawia za swoistością odczynów nerwowych.

Zespoły objawów nerwowych mogą być różne i o różnem nasileniu; postacie poronne i oponowe ulegają zwykle wyleczeniu; postacie rozlane dają rokowanie wątpliwe: zejście śmiertelne w blisko połowie przypadków, lub ciężkie uszkodzenie ruchowe i psychiczne u osób pozostałych przy życiu. Leczenie powikłań nerwowych polega na stosowaniu nakłucia lędźwiowego i surowicy osób niedawno uodpornionych przez szczepienie ospowe.

P o w i k ł a n i a n e r w o w e p o s z c z e p i e n n e w y s t ę p u j ą c z ę ś c i e j w t y c h k r a j a c h, w k t ó r y c h s z c z e p i e n i e n i e j e s t o b o w i ą z k o w e i z w y k l e p ó ź n o w y k o n y w a n e (w wieku przedszkolnym lub szkolnym).

Wyjątkowo spostrzegano powikłania nerwowe u dzieci powtórnie szczepionych; nie spostrzegano ani jednego przypadku u dzieci w wieku poniżej 3 mies.

Zapobieganie powikłaniom nerwowym poszczepiennym wymaga zachowania następujących prawideł: szczepić po raz pierwszy należy jaknajwcześniej; szczepić należy ostrożnie w rodzinach z obarczeniem nerwowem lub w okresie epidemji chorób układu nerwowego (encephalitis, poliomyelitis); stosować szczepionkę poddawaną kontroli biologicznej.

Badania autora wykazały duże znaczenie samego czynnika niewrażliwości skóry przy ujemnych wynikach szczepień u niemowląt w pierwszym kwartale życia; niewrażliwość skórna nie świadczy jeszcze o istotnej odporności wrodzonej i upoważnia do stosowania w pierwszych miesiącach życia limfy ospowej bardzo aktywnej; odporność po zaszczepieniu zaczyna powstawać już 5-go dnia i nawet u osób znajdujących się w okresie wylęgania choroby, co wskazuje na konieczność szczepień w okresie epidemji. Nie jest także wykluczone, że nawet odczyny poronne (bez pęcherzyka), nie są wyłącznie zwykłemi odczynami allergicznemi, lecz mają wpływ na powstawanie odporności; wg *Kelsh'a* niema szczepienia, które „nie przyjęło się". Powtarzanie szczepień pozostaje jednak niezbędnem po okresie od 3 do 4 lat.

Po raz pierwszy należy szczepić dzieci zdrowe przed upływem 3-go miesiąca życia (pomiędzy 4 —6 tyg. życia); w razie niepowodzenia — ponowne szczepienie po upływie 2-ch miesięcy. Aby uniknąć nadmiernych odczynów pożądane jest ponowne szczepienie (revaccinatio) co 4 lata.

Przeciwwskazaniem do szczepienia wg. autora nie są choroby zakaźne ostre lub przewlekłe, ani choroby nerek lub serca, lecz choroby skóry i zakaźne choroby układu nerwowego.

Nie należy szczepić na podudziu lub w pobliżu stawu skokowego; można natomiast u dziewcząt szczepić na zewnętrznym brzegu stopy: opatrunek jest łatwy, łatwo uniknąć drapania i zanieczyszczania; ponieważ odczyny na kończynie dolnej są wybitniejsze, należy nacinać naskórek bardzo lekko i powierzchownie, (bez najmniejszego krwawienia) pojedyńczą linją.

Skórę przed zaszczepieniem oczyszcza się za pomocą namydlania i wody przegotowanej. W obawie przed nadwrażliwością robimy tylko jedno drobne nacięcie; zwykle 2 nacięcia, długości od 2 — 3 milimetrów, w odległości 4 — 5 cm. jedno od drugiego. Opatrunek aseptyczny, suchy, za pomocą gazy i przylepca. Unikać należy opatrunków wilgotnych i środków „antyseptycznych".

Liczby wykazują niezbędność obowiązkowych szczepień ospowych:

We Francji —

Rok 1870 — 1871: — 600,000 osób zmobilizowanych w ciągu 6-ciu miesięcy — zmarło na ospę — 23,470.

W latach 1914 — 1918: 8,000,000 ludzi zmobilizowanych w ciągu 4 lat (szczepienie obowiązkowe) — zmarł na ospę: — *jeden.*

W Anglji (szczepienie nieobowiązkowe).

Od r. 1926 — 1928: 12,000 przypadków ospy rocznie: — 331 szpitali przeznaczonych dla chorych na ospę.

W Indjach angielskich — 100,000 zgonów rocznie.

Komentarze do tych liczb, kończy autor, są zbyteczne.

Szczepienie i seroprofilaktyka błonicy. (Vaccination et séroprophylaxie de la diphtérie). G. D r e y f u s — S é e.

Bull. Général de thérapeutique. Nr. 5, 1934.

Szczepienie przeciwbłonicze odpowiada obecnie w zupełności warunkom i wymaganiom praktycznym: jest proste, bezpieczne i skuteczne.

Początkowo do szczepień używano mieszanin toksyny błoniczej i antytoksyny. Szczepienia te posiadały dwie wady: najmniejszy błąd groził ciężkiemi następstwami, oraz uodpornienie występowało zbyt wolno.

Anatoksyna stosowana obecnie wykrytą została przez *Ramona.* (1922 — 1924). Dodatek formolu (4‰) do toksyny błoniczej nadaje jej w ciągu 4 tygodni przy ciepłocie 40° szczególne własności charakteryzujące anatoksynę.

Anatoksyna wykazuje zupełną nieszkodliwość dla zwierząt doświadczalnych, zachowując własności antygenu swoistego. Mianowanie anatoksyny w jednostkach, odbywa się za pomocą obliczania jednostek antytoksyny wywołujących strąt w 1cc. anatoksyny. Anatoksyna nie ulega dysocjacji i wykazuje stałość w stosunku do ogrzewania i przechowywania.

Szczepienia anatoksyną można wykonywać u wszystkich zdrowych dzieci i przeciwwskazania są wyjątkowe. Najodpowiedniejszy wiek stanowi 15 — 18 mies. Po 8 — 10 latach odczyny poszczepienne występują częściej, tak że w tym wieku szczepienia można ograniczyć tylko do tych dzieci, które wykazują dodatni odczyn *Schick'a.*

Anatoksynę stosuje się podskórnie, najlepiej w okolicy łopatki, dwukrotnie, z przerwą najmniej trzytygodniową. Przerwa może być większą bez wpływu na stopień uodpornienia.

O ile drugie wstrzyknięcie dokonano zbyt wcześnie, np. po tygodniu, nie powiększa ono doświadczalnie odporności uzyskanej już po pierwszym wstrzyknięciu.

Ramon i Debré radzą dokonywać jeszcze trzecie dodatkowe wstrzyknięcie po upływie 6 — 12 miesięcy. Trzecie, dodatkowe wstrzyknięcie utrwala i podnosi uzyskane uodpornienie w tym stopniu, że obniża prawie do zera odsetek nieuodpornionych po szczepieniu.

Dla kontroli uodpornienia służyć mogą dwie metody: odczyn *Schick'a* i określanie miana antytoksyny w surowicy. Każdy osobnik wykazujący ujemny odczyn posiada najmniej $^1/_{30}$ jednostki antytoksyny w surowicy, a więc wykazuje odporność wystarczającą. Rzadkie przypadki błonicy wśród tych osobników przebiegały bardzo łagodnie. Wyjątek stanowią niemowlęta, u których odczyn jest bez znaczenia.

Określanie miana antytoksyny w surowicy pozwala na doświadczalne studjowanie powstawania odporności.

W okresie uodpornienia przeciwbłonicznego nie istnieje t. zw. faza ujemna. Już po pierwszem wstrzyknięciu odporność powiększa się, jak wykazuje określenie miana antytoksyny w surowicy. Wystarczająca odporność wytwarza się jednak po jednym zastrzyku tylko u ⅓ szczepionych. Odporność powstaje pomiędzy 3 a 6 tygodniem po wstrzyknięciu anatoksyny.

Po drugiem wstrzyknięciu wystarczająca odporność powstaje u blizko 88% dzieci, zaś po trzecim u blizko 98% szczepionych.

Wg. *Ramon'a* nie istnieją więc osobnicy, których nie można wcale uodpornić, używając odpowiednich dawek anatoksyny.

Jedynie tylko w I-m roku życia odporność wytwarza się z trudnością i jest nietrwałą.

Ramon i *Zoellen* wykazali, że szczepienie, przeciwbłonicze i przeciwdurowe wzmacnia uodpornienie w stosunku do obu zakażeń; należy wstrzykiwać szczepionkę mieszaną, gdyż jednoczesne, ale oddzielne wstrzyknięcia obu szczepionek nie wykazują tej zalety.

Najlepszym czasem dla uodpornienia jest wiek 16 — 18 miesięcy, gdyż odczyny poszczepienne wtedy prawie nie występują. Miejscowy odczyn może polegać na zaczerwienieniu i bolesności, które ustępują pod wpływem okładów. U starszych dzieci odczyn ogólny może wyrażać się bólem głowy, rozbiciem i przemijającą gorączką.

Odczyny te występują rzadko, nawet u starszych dzieci.

Szczepienia mieszane wykonywane w wieku 18 mies. nie dawały jednak autorowi nigdy znacznych odczynów. Autor postępuje w ten sposób, że robi wstrzyknięcie wieczorem i podaje na noc dziecku 0,25 aspiryny. Naogół dotąd nie spostrzegano powikłań poważniejszych w następstwie szczepień mieszanych.

Wg. autora należy wszystkie dzieci uodpornić przeciwko błonicy.

Przeciwwskazaniem służyć mogą jedynie ostre choroby gorączkowe, stany ciężkiego wyniszczenia, ciężkie choroby serca, nerek i narządów krwiotwórczych. Praktycznie nie istnieje przeciwwskazanie bezwzględne. Choroby przewlekłe nie stanowią bezwzględnego przeciwwskazania. Dotyczy to nawet gruźlicy, astmy wyprysku i białkomoczów przewlekłych, przy zachowaniu pewnej ostrożności, stosowanie kilkakrotnych wstrzyknięć, rozpoczynając od bardzo małej dawki anatoksyny.

W okresie epidemji wg. autora można i należy szczepić. Dzieci ze środowiska zakaźnego, z odczynem *Schick'a* dodatnim, należy uodpornić w ten sposób, że otrzymują one w ½ godziny po pierwszem wstrzyknięciu anatoksyny, oddzielnie zapobiegawczą dawkę surowicy przeciwbłoniczej. Dawka zapobiegawcza (100 jedn. sur. oczyszczonej, podskórnie) nie daje zwykle odczynów posurowiczych. Uzyskane w ten sposób uodpornienie bierne trwa krótko (trzy tygodnie), lecz pozwala na przeprowadzenie w międzyczasie uodpornienia czynnego za pomocą anatoksyny.

Jak należy ustosunkować się do dzieci szczepionych, które jednak zapadły na podejrzaną o błonicę anginę? Wg. autora wyczekiwanie (bez zastosowania surowicy leczniczej), możliwe jest tylko wtedy, o ile chory znajduje się pod stałą i ścisłą opieką lekarską.

Jerzy Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Objawy kliniczne przewlekłych schorzeń krtani. (Séméiologie des laryngopathies chroniques). C a u s s é.

La Presse Méd. Nr. 61, sierpień 1934 r.

Sprowadzają się one do: zaburzeń czynnościowych (zasadniczo takich samych, jak w schorzeniach ostrych) i wyników badania wziernikiem krtaniowym (obrzęk, naciek, owrzodzenie, wyrośla). Ze względu na nietypowość obrazów wziernikowych, rozpoznanie cierpienia bywa tutaj nieraz dosyć utrudnione. Zachodzi wówczas konieczność przeprowadzenia badań dodatkowych: badania krwi, plwociny, badania rentgenowskiego płuc i badania drobnowidzowego wycinka krtani.

Dla względów rozpoznawczych celowem jest odrębne rozpatrywanie schorzeń, właściwych *wiekowi dziecięcemu*. Pod wpływem bodźców mechanicznych (krzyk uporczywy) lub zakaźnych (z ośrodków tkanki chłonnej w zakresie gardła) powstają tutaj p r z e w l e k ł e z a p a l e n i a k r t a n i, przebiegające bądźto pod postacią g u z k o w a t ą, bądź też n i e ż y t o w ą. Ta pierwsza — cechuje się ograniczonym przerostem śluzówki strun głosowych w postaci licznych guzków lub postaci jednolicie rozlanej, ta druga — rozlanem zaczerwienieniem śluzówki z zanikiem strun głosowych (szczelina głośni przybiera kształt owalny).

Poza tem, zdarza się u dzieci poniżej 7 lat rozsiana brodawkowatość strun głosowych w kształcie mas kalafiorowatych lub bezkształtnych, powodujących chrypkę, a z czasem — nawet i duszność.

U *chorych dorosłych* możemy mieć do czynienia z przewlekłem zapaleniem krtani nieswoistem, swoistem (gruźlicą, przymiot, bardzo rzadko — trąd, twardziel) i nowotworami.

Przyczyną p r z e w l e k ł e g o z a p a l e n i a bywa: nadużywanie głosu, niedrożność przewodów nosowych, przewlekły stan zapalny nosa i gardła, alkoholizm, nadmierne palenie tytoniu, przebywanie w atmosferze kurzu. Zasadniczym objawem klinicznym jest chrypka. W obrazie wziernikowym zwraca uwagę brak owrzodzeń i zachowanie ruchomości strun głosowych. W przypadkach p r o s t e g o z a p a l e n i a widać poza tem rozlane zaczerwienienie i umiarkowany obrzęk śluzówki całej krtani, pokrytej wydzieliną, i niedomykanie się strun prawdziwych. W przypadkach z a p a l e n i a p r z e r o s t o w e g o widzimy bądź to objawy pachydermji ogniskowej (guzki na strunach głosowych), bądź też objawy pachydermji uogólnionej, rozlanej. Tam, gdzie wyrośla są szczególnie wybujałe i ściśle umiejscowione, należy zawsze pamiętać o możliwości raka.

Gruźlica krtani charakteryzuje się częstą obecnością bardzo nieraz nasilonych bólów (utrudniających połykanie) i rzadkiem występowaniem utrudnienia w oddychaniu. Obraz wziernikowy wykazuje zwykły naciek lub owrzodzenie, którego brzegi mogą być wybujałe (ogniska ziarniny). Naciek bywa zwykle ograniczony do jednej ze strun (charakterystyczna ogniskowość zmian!) lub przestrzeni międzynalewkowej. Owrzodzenia zwykle się widuje na nalewkach, fałdach nalewkowonagłośniowych i nagłośni; owrzodzenia przerostowego brzegu strun głosowych. Najbardziej bolesnem są owrzodzenia okolicy nalewek. Do rzadszych postaci gruźlicy krtani należą: toczeń, postać guzowata i prosówka.

Przymiot krtani wikła okres drugorzędowy (zaczerwienienie, plaques muqueuses) lub trzeciorzędowy (kilak nagłośni, nalewki, struny lub okolicy podstrunowej — w postaci guza lub typowego owrzodzenia o podminowanych brzegach i dnie martwicowem). Bólów — poza przypadkami zajęcia nalewek — nie bywa.

Nowotwory dobrotliwe krtani — to zwykle uszypułowane polipy strun głosowych, rzadziej — naczyniaki, tłuszczaki, chrzęstniaki lub torbiele.

Rak krtani — bywa zwykle umiejscowiony na strunie prawdziwej, rzadziej — na rzekomej. Wcześnie upośledza ruchomość odpowiedniej połowy krtani. Bólów nie powoduje. Przerzutów nie daje przez bardzo długi czas. W późnym okresie powoduje duże utrudnienie w oddychaniu.

O rozpoznaniu (zwłaszcza w przypadkach wczesnych) decyduje badanie drobnowidzowe skrawka.

Wskazania lecznicze i technika wykonania przetoki jelita krętego. (Technique et indications de l'entérostomie sur le grêle dans le traitement de l'occlusion intestinale). Mocquet et Padovani.

Journ. de Chir. Nr. 1, lipiec 1934 r.

Panuje dotychczas szeroko rozpowszechniony, jakkolwiek w dużej mierze niesłuszny pogląd, na operację wytworzenia przetoki jelita krętego — jako na zabieg, po którym niewiele można się spodziewać, i dlatego wskazany jedynie w przypadkach beznadziejnych, co do rokowania i upoważniających do przedsiebrania najbardziej nawet ryzykownych prób. Następstwem tej operacji jest zawsze, jakoby, wyniszczenie chorego, prowadzące nieuchronnie do śmierci. Jest to pogląd o tyle niesłuszny, że ileostomia, wykonana w sposób technicznie prawidłowy i w przypadkach odpowiednich, może dać wyniki bardzo dobre i przyczynić się w sposób decydujący do uratowania chorego od śmierci.

Jeśli chodzi o technikę jej wykonania, to w pierwszym rzędzie należy pamiętać o tem, aby otwór w kiszce pozostawić jaknajmniejszy, mając na względzie stworzenie warunków umożliwiających następowe samoistne zagojenie się przetoki. W tym celu, nie powinno się nigdy wyłaniać pętli jelitowej, wystarczy, jeśli się ją umocuje sztucznie do otrzewnej ściennej. Samą przetokę wytwarza się zupełnie analogicznie do wytwarzania przetoki żołądkowej wg. Witzela (obszycie ścianą jelita zgłębnika Nélatona, którego jeden koniec poprzez jak najmniejszy otwór w ścianie kiszki wprowadza się do jej światła). Unika się w ten sposób wypływania całej zawartości jelitowej nazewnątrz, co bywa główną przyczyną niemożności następowego zagojenia przetoki.

Co się tyczy wskazań do ileostomji, to zabieg ten będzie wskazany bądźto jako operacja uzupełniająca (np. dla odciążenia odcinka jelita, w zakresie którego nałożono szwy jelitowe), bądź też jako operacja zasadnicza (w przypadkach mechanicznej niedrożności, w której nie udaje się usunąć przyczyny, lub w przypadkach porażennej niedrożności w przebiegu ostrego zapalenia otrzewnej).

Niekiedy jest możność zastąpić ileostomję przez zespolenie jelitowe pętli powyżej i poniżej przeszkody mechanicznej, które jest zabiegiem bez porównania korzystniejszym dla chorego — ale jednocześnie i o wiele ryzykowniejszym dlań. Dlatego też można go próbować jedynie w przypadkach niedrożności przewlekłej i podostrej.

Rozpoznawanie i leczenie dootrzewnowych krwotoków pooperacyjnych. (Diagnostic et traitement des hémorrhagies post-opératoires en péritoine libre). Ameline.

La Presse Méd. Nr. 62, sierpień 1934.

Autor wypowiada swoje uwagi na podstawie spostrzegania i leczenia 12 przypadków: w 6 — operacja pierwotna polegała na wycięciu ponadpochwowem macicy, w 3 — operacja doszczętna przepukliny (krwawienie z kikuta sieci), w 1 — operacja wyrostka robaczkowego (krwawienie ze ściany kątnicy), w 1 — zespolenie żołądkowo-jelitowe (krwawienie z tętnicy dużej krzywizny), w 1 — wycięcie macicy pochwowe. Wylana krew zbierała się bądźto w małej miednicy, bądź też w przestrzeni pozaotrzewnowej (przy krwawieniu z kikuta jajnikowego) — tworząc w tym ostatnim przypadku olbrzymi krwiak, przechodzący na talerz biodrowy.

Pierwsze objawy kliniczne zjawiały się po 6 — 12 godzin po operacji. Były to, w pierwszym rzędzie, objawy krwotoku wewnętrznego: bladość skóry i śluzówek, ochłodzenie skóry, przyśpieszenie tętna (tachycardia), zawroty głowy i spadek ciśnienia tętniczego. Powłoki brzuszne były miękkie, ale brzuch był bolesny przy ucisku nawet w okolicach, dalej od rany operacyjnej położonych; wyraźnego napięcia powłok nie bywało. Miejscami stwierdzało się opukiwaniem stłumienie.

Przy rozpoznawaniu różniczkowem trzeba uwzględniać: rozlane zapalenia otrzewnej pooperacyjne (początek późniejszy — 24 do 36 godzin, wysoka gorączka, ogólne napięcie powłok brzusznych) i stan wstrząsu pooperacyjnego (brak bywa przy tem objawów miejscowych).

Leczenie dootrzewnowych krwotoków pooperacyjnych powinno być zawsze operacyjne, operacja zaś — jaknajszybciej wykonaną. Uśpienie — eterowe, ewent. balsoform; znieczulenie rdzeniowe jest przeciwwskazane ze względu na niskie u tego rodzaju chorych ciśnienie krwi.

Jamę otrzewnową otwiera się w miejscu poprzedniej rany operacyjnej, którą — wrazie potrzeby — poszerza się. Odszukanie miejsca krwawienia bywa czasami bardzo utrudnione, gdyż samo krwawienie — ze względu na spadek ciśnienia krwi i ułożenie chorego — może chwilowo zatrzymać się. Następowe — po zatamowaniu krwawienia — sączkowanie jamy otrzewnowej

prawie zawsze bywa zbędne (autor nie zastosował go ani razu); conajwyżej można założyć sączek gumowy do jamy Douglasa.

Przebieg pooperacyjny w przypadkach spostrzeganych przez autora, był prawidłowy; poprawa występowała u kobiet znacznie szybciej, niż u mężczyzn. W pierwszych dniach po operacji stwierdzano gorączkę do 38,5°, wzdęcie brzucha, mdłości i upośledzenie ruchów kiszek. Wszyscy chorzy wyzdrowieli.

Zapobieganie i leczenie zaburzeń w oddawaniu moczu we wczesnych przypadkach t. zw. przerostu sterczu. (De la prophylaxie et du traitement de la dysurie sénile). S e r r a l l a c h.

Journ. d'Urologie. Nr. 1, lipiec 1934 r.

Autor zwraca uwagę, na wstępie, na brak ścisłej zależności między wielkością chorego sterczu a nasileniem zaburzeń w oddawaniu moczu. W spostrzeżeniach klinicznych napotyka się często na fakty istnienia bardzo dużych guzów sterczu — bez jakichkolwiek zaburzeń klinicznych i istnienia małych gruczołów krokowych — przy daleko posuniętych zaburzeniach w oddawaniu moczu. A więc nie wielkość sterczy jest tutaj czynnikiem decydującym; czynnikiem tym jest s t a n a n a t o m i c z n y i f i z j o l o g i c z n y s z y i p ę c h e r z a m o c z o w e g o, odgrywającej, jak wiadomo, wybitnie czynną rolę w akcie oddawania moczu.

Zapobieganie powstawaniu zaburzeń w oddawaniu moczu u chorych na t. zw. przerost sterczu będzie się sprowadzało w pierwszym rzędzie do możliwego wyeliminowania wszelkich szkodliwości, działających na szyję pęcherza.

Należy tutaj uwzględnić dwa rodzaje szkodliwości: szkodliwości, działające w ciągu całego poprzedniego życia chorego i szkodliwości, działające już po utworzeniu się anatomicznych zmian chorobowych w szyi pęcherza. Te pierwsze (decydujące o powstaniu w następstwie zmian anatomicznych), dotyczą sfery płciowej; są to różnego rodzaju i stopnia nienormalności życia seksualnego, które przez wywoływanie długotrwałego przekrwienia i zatruwania miejscowego tkanek zalegającemi produktami wydzielania gruczołów płciowych, prowadzą z czasem do powstania nieodwracalnych zmian anatomicznych w zakresie sterczu i szyi pęcherza moczowego. Zapobieganie tym szkodliwościom będzie się sprowadzało do zachowania h i g j e n y s e k s u a l n e j — unikania coitus interruptus, masturbacji, nadmiernej wstrzemięźliwości seksualnej i wszystkiego tego, co powoduje długotrwałe przekrwienie narządów płciowych i zaleganie w nich swoistej wydzieliny.

Z chwilą, kiedy już wystąpią objawy zaburzeń moczowych w przebiegu zmian w szyi pęcherza, można zwalczać je skutecznie i długo, strzegąc się przed zakażeniem dróg moczowych, przeziębianiem okolicy pęcherza, zbyt rzadkiem oddawaniem moczu, zaparciami stolca — stosując, natomiast, miesienie sterczu, ciepłe wlewanie do odbytnicy, odkażanie dróg moczowych błękitem metylenowym (w niewielkich dawkach), środki czyszczące, dietę odtruwającą (małobiałkową), a przy tem — regularne stosunki seksualne (w zależności, naturalnie, od wieku chorego).

Jeśli pomimo stosowania powyższych środków zapobiegawczych dochodzi do zalegania moczu, pozostaje już tylko zabieg operacyjny — doszczętny (wyłuszczenie sterczu) lub zachowawczy (wycięcie dolnej wargi ujścia pęcherzowego lub elektrokoagulacja).

M. Czyżewski.

CHOROBY OCZU.

Nowa metoda leczenia wrzodów rogówki. (Nouvelle méthode de traitement des ulcères de la corneé). E. K l a u b e r.

Ann. d'Oculist. T. CLXXI, str. 424.

Podobna do metody *Knappa* barwienia bielma rogówki: przy pomocy małego noża zdrapuje się nacieczone czopki wrzodu, przedewszystkiem w okolicy brzegu postępującego. Następnie zwilża się miejsca zdrapane 5% rozczynem chlorku złota, zobojętnionym do słabo kwaśnego oddziaływania (przy pomocy rozczynu natr. bicarbonicum), bezpośrednio poczem miejsca traktowane chlorkiem złota powleka się 5% rozczynem taniny. Dzięki przenikaniu cząsteczek złota do tkanki rogówki t. o. barwi się na kolor czarny i jak wykazały badania doświadczalne autora, dalsze postępowanie wrzodu ulega zahamowaniu.

Zdarza się konieczność powtórzenia wyżej opisanego zabiegu, mianowicie, gdy stwierdzimy w niektórych punktach dalsze posuwanie się wrzodu.

W powierzchownych nacieczeniach rogówki, nie okazujących skłonności do posuwania się naprzód, wystarcza leczenie samą taniną (bez chlorku złota), w wypadkach tych nasycenie chlorkiem złota nie jest wskazane.

Wynik leczniczy przy pomocy chlorku złota wzmaga się wybitnie dzięki stosowaniu do wewnątrz sodu.

Autor na podstawie przytoczonej kazuistyki dochodzi do wniosku, że leczenie wrzodów postępujących rogówki przy pomocy chlorku złota daje najlepsze rezultaty i winno być wypróbowane przed stosowaniem galwanokauteryzacji, która daje blizny rozleglejsze, z punktu widzenia optycznego i kosmetycznego bardziej niekorzystne.

Zasady techniki operacyjnej w przemieszczeniu ku przodowi mięśnia gałki ocznej. (Principes de technique dans l'avancement musculaire). H e n r i L a g r a n g e.

Ann. d'Ocul. T. CLXXI, str. 587 — 596.

Brak należytego wyniku operacyjnego po przemieszczeniu ku przodowi mięśnia prostego polega na przyrośnięciu do twardówki ścięgna w miejscu innem, niż wybranem, w czasie zabiegu operacyjnego.

Niżej podany sposób operacyjny, zdaniem autora, daje najpewniej pomyślny wynik.

Punkty wytyczne zabiegu:

1) Założenie na mięsień przemieszczany nitki pociągającej i regulującej amplitudę nowego, prostego ustawienia.

2) Umocowanie zakończenia mięśnia w miejscu, gdzie ma nastąpić zrost, warunkujący prawidłowe ustawienie.

Szczegóły zabiegu:

I. Wypreparowanie mięśnia.

1) Sposób odnalezienia mięśnia.

a) W dległości 2 mm. od rąbka cięcie spojówki prostopadłe do kierunku mięśnia.

b) Staranne oddzielenie spojówki od twardówki i torebki w celu utworzenia „fartuszka“, ograniczonego od góry i dołu dwoma cięciami spojówki, idącemi od cięcia, jak pod a i równoległemi do górnego i dolnego brzegu mięśnia.

Wspomniane cięcia równoległe winny być dostatecznej długości, aby, po odchyleniu „fartuszka“, widocznym był *cały* grzbiet mięśnia.

2) Wypreparowanie części mięsistej mięśnia. Mięsień znajduje się na haczykach. Gdy miejsce jego przyczepu do twardówki jest już dobrze odgraniczone, należy, posługując się haczykami, śmiałym ruchem oddzielić mięsień od podłoża w kierunku jego przyczepu oczodołowego.

Przy pomocy dwuch cięć nożyczkami, cięć równoległych do górnego i dolnego brzegu trzonu mięśnia, przeprowadzonych możliwie jaknajdalej ku tyłowi, otwieramy utworzony przez torebkę Tenona futerał, w którym porusza się mięsień.

Autor kładzie nacisk na całkowite zwolnienie mięśnia od włókienek torebkowych, aby mógł swobodnie „ślizgać“ się ku przodowi.

II. Szwy.

1) Założenie szwu „prostującego“.

Na dwuch końcach nitki jedwabnej, plecionej, płaskiej N oo — igły, dobrze wygięte, średniej wielkości.

Podnosząc mięsień w pobliżu jego przyczepu do twardówki uwidoczniamy miejsce przyczepu i na jego poziomie wkłuwamy igłę w twardówkę i wykłuwamy pod mięśniem, w pobliżu przyczepu i brzegu mięśnia (górnego i dolnego).

Podobnie postępujemy z II-gą igłą.

Powstaje szew w kształcie litery „U“, której końce wolne znajdują się pod mięśniem, w pobliżu jego przyczepu twardówkowego, oraz brzegów mięśnia, spód litery tworzy nitka przechodząca nad twardówką w pobliżu przyczepu mięśnia równolegle do rąbka.

Część obu końców nitek, sąsiadujących ze spodem litery „U“, przechodzi w krótkim kanale twardówki, aby wyjść pod mięśniem.

Haczyk, znajdujący się pod mięśniem przy przyczepie twardówkowym, podnosimy, unosząc lekko mięsień, jednocześnie chirurg podnosi „fartuszek“ spojówki i wkłuwa igłę pod mięsień, prawie w jego środku (od strony twardówki) przekłuwając *jednocześnie* mięsień, tkankę podspojówkową i spojówkę. W podobny sposób postępujemy z II-gą igłą.

Następuje chwila ściągnięcia szwów. Od stopnia ściągnięcia zależy stopień prawidłowego zestawienia gałki. Jest to moment decydujący i niezbędny warunek wstępny do udania się następnego poczynania chirurgicznego.

Wyprostowanie jest ułatwione w wielkiej ilości przypadków przez tenotomję mięśnia antagonisty. Tenotomja powyższa nie osiągnie jednak skutku, jeśli nie założymy na mięsień szwu „miarkującego“, dzięki któremu unikamy wtórnego cofania się przemieszczanego mięśnia i osiągamy możność ewent. poprawienia działania szwu „prostującego“.

Sposób założenia szwu „miarkującego“ (na 2 końcach nitki 2 igły — identycznie jak w szwie „prostującym“).

Po założeniu haczyków pod mięsień, wkłuwamy igły w twardówkę na poziomie przyczepu mięśniowego, wykłuwając przez mięsień (od spodu) i spojówkę w odległości 8 mm. od przyczepu twardowkowego.

Przecinamy ścięgno.

Dwie nitki „prostująca“ i „miarkująca“, prawie jednakowe, działają w sensie przeciwnym.

„Prostująca“ — fałdując mięsień przemieszczany, ustawia gałkę prosto, którą to pozycję doprowadzamy do hyperkorekcji.

Nitka „miarkująca“, założona na antagonistę, zostanie ściągnięta w celu usunięcia hyperkorekcji.

2) Ściągnięcie i ponowne przyczepienie.

Jako wynik prawidłowego ustawienia gałki i ściągnięcia szwu „prostującego“, będzie większa lub mniejsza fałda części mięśnia, zawartej pomiędzy 2 strefami umocowania szwu (w kształcie litery U).

Fałda powyższa będzie tem większa, im silniej w. w. szew został ściągnięty. Fałdę tę należy odciąć w sąsiedztwie przyczepu twardówkowego, w strefie ściągniętej mięśnia, uważając bacznie, aby nie obnażyć znajdującego się na tym poziomie szwu (w kształcie U).

W tym momencie sprawa odcięcia mięśnia staje się aktualną; jest wskazana, gdy mięsień jest długi.

Gdy mięsień (fałdę) odcięto, lub nie, należy zakończenie mięśnia umocować na twardówce przy pomocy 2 szwów przechodzących przez fartuszek spojówkowy (w pobliżu jego kątów górnego i dolnego, znajdujących się przy brzegu w obcym fartuszku) mięsień (okrętką), oraz twardówkę, zawiązać końce nitki.

Omawiając zalety zabiegu, autor przychodzi do następujących wniosków:

1) Szew „prostujący“ (litera U) założony w twardówce pod ścięgnem, jest dostatecznie mocny.

2) Do zabiegu potrzebne jest proste instrumentarjum: 1 para nożyczek, 2 haczyki, imadło do igieł, 2 pincety.

3) Założone szwy mają 3 węzły zewnętrzne.

Szwy (jedwabne) należy usunąć 8-ego dnia po zabiegu bez obawy, że zostanie coś, co nie mogłoby uledz resorbcji.

Liczne rysunki ułatwiają zrozumienie poszczególnych faz zabiegu.

Dr. S. Topolski.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Kultura fizyczna kobiety ciężarnej, położnicy i matki. (Culture physique de la femme enceinte, de l'accouchée et de la mère). Ducuing J. et P. Guilhem.

La Gynécologie T. 33. Nr. 5, 1934 r.

Autorzy są gorącemi stronnikami gimnastyki w ciąży i połogu, uważając ją za czynnik konieczny do doprowadzenia kobiety do stanu, normalnego. Pamiętać jednak należy o odpowiednim doborze ćwiczeń dla każdej osoby leczonej indywidualnie; opieka lekarska jest przytem konieczna. Unikać należy ćwiczeń w okresach menstruacyjnych ciąży, jak również nie należy stosować ćwiczeń mięśni brzucha w pierwszych 14 tygodniach i ostatnich 8-iu ciąży. Zaburzenia w krążeniu osoby ciężarnej stanowić mogą częściowe lub bezwzględne przeciwwskazanie do stosowania gim-

nastyki; wzniesienia ciepłoty oraz spadek wagi są również przeciwwskazanemi do niej.

Gimnastyka w ciąży ma na celu zwalczanie otyłości, opadania trzewi, rozciąganie powłok brzusznych, zaparcia stolca, zbyt płytkiego oddechu; autorzy nie mają osobistego doświadczenia w ćwiczeniach, mających na celu wzmocnienie mięśni krocza, z dźwigaczem odbytu na czele.

Położnicy zalecają autorzy zlewanie wodą i masaże, wczesne wstawanie, „spacer w łóżku", ruchy oddechowe. Po powrocie do życia normalnego położnice winne zająć się coraz energiczniejszą gimnastyką.

Matka rodziny używać winna szeregu sportów, jak tenis, narty, sport wysokogórski, pływanie, przyczem zyskuje nietylko na kontakcie z dziećmi, ale utrzymuje swoją kondycję fizyczną w odpowiedniej formie.

Ruch a zagadnienie żył. (Mouvement et phlébites). D u c u i n g J. et P. G u i l h e m. *Le Gynécologie, T. 33, Nr. 3, 1934 r.*

Zapobiegawczo autor radzi przed operacją i porodem stosować gimnastykę, która ma przeciwdziałać zastojowi żylnemu.

Natomiast jeżeli do zapalenia żył dojdzie, to należy oczywista unieruchomić kończynę z obawy o zator.

Sprawa okresu, w jakim przestrzegać należy tego unieruchomienia jest sprawą sporną. Teoretyczna wiadomość, że skrzep przytwierdzony jest zupełnie mocno już w końcu pierwszego tygodnia — nie zawsze sprawdza się w praktyce. Zależy to w znacznej mierze od warunków osobniczych, niemożliwych zgóry do określenia.

W okresie leczenia następstw zapaleń żył należy również bardzo ostrożnie dopuszczać gimnastykę, gdyż może być ona niebezpieczna (nie z powodu zatoru).

Dokładne postępowanie nasze w przypadkach zapalenia żył przedstawia się jak następuje.

Pierwsze ruchy w łóżku dopuszczalne są po dziesięciu dniach, o ile tętno jest normalne, a ciepłota utrzymuje się poniżej 37,4°C. Jeśli gorączka utrzymuje się dłużej, okres unieruchomienia trwać musi również dłużej.

Zanim zastosuje się ruchy choćby bierne, należy najpierw ostrożnie pomasować kończynę t. zw. effleurage — gładzenie), unikając przytem okolic naczyniowych. Zabieg ten trwać może najwyżej 2 — 3 minut, przyczem należy pilnie baczyć na tętno przed i po seansie. W razie wystąpienia pierwszych objawów ogólnych należy natychmiast przerwać wspomniane zabiegi. Pod koniec pierwszego tygodnia można rozpocząć bierne ruchy w kostce.

W drugim tygodniu seansy powinny być dłuższe: przez 5 minut głaskanie (effleurage) jednak jeszcze bez prawdziwego masażu. Na dziesiąty dzień rozpoczyna się bierne ruchy kolana. Jeśli hydrarthrosis kolana powiększa się należy ruchy przerwać. Na 15-ty dzień rozpoczyna się ruchy w stawie biodrowym. Od tegoż dnia chora może siadać. Wszystkie powyższe ruchy wykonywać należy b. łagodnie, bez wywoływania bólu.

W trzecim tygodniu rozpoczynać należy coraz mocniejszy masaż głęboki oraz ruchy czynne w kostce i szyjce kości biodrowej.

Wykonać można kilka ruchów przy — i odwodzenia udá na poziomie łóżka

W czwartym tygodniu chora siada z opuszczonemi z łóżka kończynami i wykonywa kilka ruchów, jakby jazdy na rowerze. Jeśli nie wywołuje to żadnych powikłań, można zezwolić na wstawanie.

Pierwsze kroki chora wykonywuje jakby zamiatając nogą po podłodze: pochodzi to z obawy o zginanie w stawie kolanowym i biodrowym. Niekiedy po chodzeniu występuje lekki obrzęk kończyny, który jednak niema większego znaczenia, o ile nie występują objawy ogólne.

Jako następstwa zapalenia żył występują w zakresie chorej kończyny następujące objawy: łatwe męczenie się z uczuciem bólu w stopie, mrowienie nogi, sinica kończyny z wystąpieniem żylaków oraz obrzęk w okolicy kostki.

Leczenie następstw po zapaleniu żył polegać będzie na hygjenie, gimnastyce, baczeniu mechanicznem, wszystko to w przeciągu bardzo długiego czasu. Ograniczenie pozycji stojącej, gimnastyka rano i wieczór z nieodzownem stosowaniem ćwiczeń oddechowych, odpoczynek z uniesionemi ku górze nogami, marsz po płaszczyźnie — oto wskazówki dla chorej po przebytem zapaleniu żył.

Schorzenia oczne noworodka, spowodowane przez poród. (Affections oculaires du nouveauné provoquées par l'accouchement). T h i l l i e z. *La Gynécologie. T. 33, Nr. 1, 1934.*

Do pierwszej grupy schorzeń poporodowych oczu noworodków należą zapalenia na tle zakażenia drobnoustrojami kanału rodnego.

W leczeniu tych schorzeń pierwsze miejsce zajmują rozczyny azotanu, srebra, z następowem zmywaniem oka rozczynem chlorku sodu.

Zwracać należy szczególną uwagę na postacie przewlekłe, słabo zaznaczone w objawach, a jednak przechodzące w stany przewlekłe; z kolei zapalenia spojówki oka przejść mogą w schorzenie dróg łzowych. Do powyższych schorzeń dołączyć się mogą schorzenia nosa z zamknięciem nosowego otworu kanału, łzowego.

Schorzenia urazowe, stanowiące drugą grupę, zależą najczęściej od wadliwego nałożenia kleszczy. Stwierdza się wówczas zazwyczaj obrzęk powiek, rany skórne; dojść może do wyrwania jednej lub dwu powiek.

Spojówka gałki ocznej wykazuje niekiedy drobne wynaczynienia; autor widywał wylewy krwawe do przedniej komory oka, powikłane niedowładem musculi ciliaris.

Nierzadkie są niedowłady mięśni oka, szczególnie górnego prawego i górnego dźwigacza powieki; niedowłady te mogą być przyczyną wcześnie występującego zeza.

Oczodół kostny ulec może również rozmaitym uszkodzeniom. Może ono być w postaci zwykłego pęknięcia z krwawieniem podskórnem, lub szczególnie wewnątrz oczodołowem. Znaczniejsze wylewy krwawe spowodować mogą wysadzenie gałki ocznej ku przodowi, a co zatem idzie niedokładne pokrycie powieką oka z uszkodzeniem rogówki.

Znaczniejsze uszkodzenia oczodołu występują razem z uszkodzeniem czaszki i kończą się zwykle śmiercią z wylewu krwawego do mózgu.

Nie należy zapominać oczywista o możliwości uciśnięcia nerwu ocznego przez złamanie oczodołu.

Wreszcie do ostatniej grupy należą uszkodzenia oka wywołane przez ciężki poród, przez ście-

śnioną miednicę: wylewy do spojówki, do przedniej komory oka, a nawet do siatkówki. Te ostatnie nie są także rzadkie, jak to przyjęto uważać, ale przeważnie mijają niespostrzeżone.

Badania nad przyczynami śmiertelności dzieci w czasie porodu. (Etude des causes de la mortalite foetale pendant le travail). Djelatides — Ionesco J.

La Gynécologie. T. 33. Nr. 4. 1934 r.

Na 10.664 porodów w klinice Tarnier (od r. 1928 do 1932) zmarło w czasie porodu 220 płodów. Z tego 91 przypadków związać można było z *przyczynami położniczemi*; 92 — *z nieprawidłowościami jaja płodowego*; 24 — *z chorobami matki*; 13 — *z przyczynami nieokreślonemi*.

I. Przyczyny położnicze:

1) położenie pośladkowe — 15% wymienionych przypadków śmierci płodów (33 przyp. na 220);

2) z powodu nieprawidłowości miednicy kostnej zmarło w czasie porodu 9.5% płodów i to przeważnie męskich;

3) urazy położnicze (6.8%);
4) nieprawidłowości bólów (4.09%);
5) obkurczenie pierścienia Bandla (1.8%);
6) niepodatność ujścia zewnętrznego (1.36%);
7) położenie skośne (1.36%);
8) wrodzone nieprawidłowości części miękkich (1.36%);

II. Przyczyny wychodzące z jaja płodowego:

1) łożysko przodujące spowodowało śmierć płodów w 20 przyp. co stanowi 9% ogólnej śmiertelności płodów w czasie porodu;
2) częściowe przedwczesne odklejenie łożyska — 5.45%;
3) wypadnięcie pępowiny — 4%;
4) wrodzone wady płodu — 4%;
5) zbyt duże dzieci — 3.6%;
6) zakażenie jaja płodowego;
7) wodogłowie — 1.8%;
8) ciąża bliźniacza jednojajowa — 1.3%;
8) ucisk lub skręt pępowiny — 0.9%;
10) zbyt krótka pępowina — 0.45%.

III. Choroby matki:

1) kiła dała śmierć płodów w 12 przypadkach, czyli w 5.4% ogólnej śmiertelności płodów w czasie porodu;

2) białkomocz — 2.27%;

3) rzucawka porodowa — 2.27%;

4) choroby serca — 0.9%.

IV. Przyczyny nieokreślone dały 9.5% ogólnej śmiertelności płodów w czasie porodu.

Rozpatrując bliżej omawiany materjał zauważyć można, że wśród płodów martwo urodzonych przeważają znacznie płody męskie (około 60%) i to urodzone z pierwiastek (62%).

Jeśli chodzi o wysunięcie na pierwsze miejsce najczęstszych przyczyn śmierci płodów, to okazuje się, że najczęstszą przyczyną jest położenie miednicowe (33 przyp.) następnie zwężenia miednicy rodzącej (21 przyp.), dalej łożysko przodujące (20 przyp.) i t. d.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Kiła a podłoże. (La syphilis et le Terrain). B. Dujardin.

Bruxelles Médical. Nr. 26, 1934.

Antygen pochodzenia krętkowego ma słabe właściwości pobudzania allergji organizmu. Taki stan allergji, który surowica końska zdolna jest wywołać po kilku dniach u kiłowych w przypadkach pomyślnie przebiegających zjawia się po kilku latach, w przypadkach mniej pomyślnie przebiegających — po kilku dziesiątkach lat i to w postaci nie tak nasilonej. Kiła zawsze jest anallergiczna podczas pierwszych lat i zależnie od zdolności organizmu wcześniej lub później wywołuje stan allergji różnego nasilenia. Wiąd rdzenia ilustruje dobrze te fakty. U tabetyka, który początkowo znajduje się w fazie anallergicznej nasilają się typowe dla tych przypadków objawy. Następnie wcześniej lub później zjawia się allergja a z nią możność powstrzymania rozwoju procesu chorobowego. W tym drugim późniejszym okresie schorzenia mogą zjawić się objawy typowe dla kiły allergicznej.

Przypadki wiądu rdzenia wykazują niewątpliwie niższy stopień allergji od przypadków kiły 3-cio rzędnej skórnej. Tabetycy są to kiłowi, którzy najpóźniej osiągają stan allergiczny.

Odczyny wśródskórne dostarczają nam pewnych dowodów na istnienie stanów allergicznych i anallergicznych. I tak: przeciętna zdolność allergiczna u kobiet jest znacznie wyższa od mężczyzn. Dowodu na to dostarczają nam spostrzeżenia, dotyczące przypadków gruźlicy skóry. Dosyć wspomnieć, że 73% przypadków wilka i 70% gruźlicy gruczołów stanowią kobiety. A cóż dopiero, gdy mowa o takich postaciach hyperallergicznych, jak erythema nodosum, które są pięć razy częstsze u kobiet i erythema induratum Basin, która wyłącznie prawie zjawia się u kobiet.

Co się tyczy kiły, to naogół zakażenie to jest znacznie mniej groźne u kobiet niż u mężczyzn i częściej przybiera postaci allergiczne. Nawet wiąd rdzenia u kobiety przebiega łagodniej z przewagą objawów kostnych i kostno-stawowych, które przypominają nam swoim przebiegiem ogniska kiły allergicznej.

To co wyżej powiedziano o kile nabytej odnosi się również do kiły wrodzonej.

Zestawienia wykazują, że w pierwszych okresach życia płodowego przypada 170 płodów męskich kiłowych na 100 takichże kobiecych, natomiast rodzi się na 104 chłopców kiłowych 100 dziewczynek. Odporność więc płodów żeńskich jest znacznie większa. Daje się również zauważyć częstsze wymieranie w jednej i tej samej rodzinie chłopców kiłowych niż dziewczynek. Wszystkie te zjawiska tłumaczymy obecnością lub brakiem allergji — a jak wiadomo allergja wywiera korzystny wpływ na ograniczenie procesu chorobowego i czyni organizm podatnym na leki, przeciwnie — w stanach anergicznych proces chorobowy ma skłonność do rozprzestrzeniania się i posuwania i jest oporny na leczenie specyficzne.

Co się tyczy ubocznych odczynów t. zw. heteroallergicznych, to należy podnieść następujące momenty: u osobników allergicznych czy to kiłowych czy gruźliczych daje się zauważyć więk-

sza wrażliwość na inne antygeny np. mleko, surowica końska, białko kurze... Luetyna i luotest nie mając pretensji do ściśle specyficznych odczynów dają naogół w przypadkach kiły trzeciorzędnej więcej dodatnich wyników.

Allergja jest zjawiskiem pod każdym względem pożytecznem i można myśleć o zwiększeniu jej przez zastrzykiwanie specyficznych antygenów a także w przypadkach całkowitego jej braku można usiłować wywołać stan allergiczny przez stosowanie niespecyficznych ciał białkowych, jak również mikrobów w nadzieji wywołania brakującej allergji pośrednio przez stan hetero-allergiczny.

W końcu należy zauważyć, że allergiczne odczyny stwierdzane na skórze nie pozwalają wróżyć o przebiegu procesu chorobowego, który się toczy w głębi w obrębie układu nerwowego.

Nagminne zakażenie opryszczkowe w szpitalu stwierdzone przez nakłucie lędźwiowe. (Epidémie hospitalière d'infection herpétique s'étant révelée à l'occasion de ponctions lombaires). L a v e r g n e, P. K i s s e l, J. S i m o n i n.

Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, Nr. 5 1934.

Prawie równocześnie, bo w przeciągu 7 dni wystąpiła opryszczka u wszystkich chorych na jednej sali szpitalnej. U wszystkich chorych nakłucie lędźwiowe wykazało obecność ostrego zapalenia opon mózgowych, trwającego krótko, ale występującego jeszcze przed objawami na skórze. Jest prawdopodobnem, że zakażenie (ultra virus opryszczkowy) wniósł na salę osobnik przed 9-ciu dniami, który cierpiał na opryszczkę na wargach, towarzyszącą zapaleniu płuc.

Przypadek pęcherzycy liściastej przy ogólnem zakażeniu. (Sur un cas de pemphigus foliacé à marche rapide, avec état infectieux et état septicémique probable). G. P e t g e s, A. P e t g e s i J. D u b a r r y.

Annales de Dermat. et de Syphil. Nr. 6, 1934.

Pęcherzyca liściasta jest schorzeniem naogół b. rzadkiem, szczególnie rzadkiem we Francji.

Przypadek opisany dotyczy rolnika 58-letniego, który corocznie w czasie zbiorów cierpiał na swędzącą sezonową osutkę, zjawiającą się dosyć nagle i ustępujące po kilku tygodniach, niebardzo dokuczliwą.

W roku bieżącym podczas żniw nagle zjawiła się osutka wyraźnie różniąca się od wszystkich poprzednich a towarzyszyło jej ogólne złe samopoczucie, podniesienie ciepłoty, uczucie znacznego osłabienia i zmęczenia. Wykwity pojawiły się nagle na całem cele i już 3-go dnia wyraźnie złuszczały się. W chwili zgłoszenia się do szpitala t. j. w kilka tygodni później obraz kliniczny był typowy dla pęcherzycy liściastej.

Posiewy z krwi, pobranej w momencie najwyższego nasilenia ciepłoty wykazały jeden raz obecność enterokoków, raz gronkowców. Chory zmarł wśród objawów niedomogi serca. Z przeglądu opisanych przypadków pęcherzycy liściastej widać znaczny odsetek przypadków, w których posiewy z krwi były dodatnie. Najczęściej znajdowano gronkowce.

Krew i śledziona w pierwszym okresie wylęgania kiły. (Le sang et la rate dans la premierè incubation et la période primaire de la syphilis). G. L o u s t e.

Bruxelles-Médic. 1934, Nr. 31.

Jest rzeczą dowiedzioną, że septicaemia poprzedza pojawienie się pierwotnego owrzodzenia kiłowego. W większości przypadków septicaemia ta pozostaje ukryta czyli jest to pierwszy ukryty objaw kiły. Udowodnienie tego faktu tłumaczy nam niemożność usunięcia zakażenia kiłowego nawet po wycięciu wczesnem owrzodzenia pierwotnego, tłumaczy nam niepowodzenia leczenia poronnego kiły. To zakażenie krwi, które pozostaje pewien czas w ukryciu poprzedza także pojawienie się dodatnich odczynów surowiczych i przedstawia duże niebezpieczeństwo przeniesienia zakażenia, utrudnia zapobieganiu kile, tembardziej, że często owrzodzenie pierwotne wogóle nie zjawia się — a wtenczas ten bezobjawowy okres jeszcze przedłuża się. Wysianie się krętków do krwi, jak wykazują badania *Gerbay'a* — następuje nagle w miejscu zaszczepienia kiły. Wysia-

niu się krętków do krwiobiegu towarzyszą zmiany w składzie krwi. Już na dziesięć do piętnastu dni przed pojawieniem się owrzodzenia pierwotnego spostrzega się spadek hemoglobiny, zwłaszcza wyraźny u kobiet i spadek ilości ciałek czerwonych krwi również u kobiet większy niż u mężczyzn. Ilość ciałek białych zwiększa się. Brak jakiegokolwiek związku i zależności pomiędzy spadkiem ilości ciałek czerwonych a zwiększeniem się ilości ciałek białych. Niedokrwistość wykazuje pewną zależność od zjadliwości zakażenia.

Drugim wczesnym objawem zakażenia kiłowego jest powiększenie śledziony, które, jak wykazały ostatnie badania, zjawia się także w pierwszym okresie t. zw. wylęgania kiły. Powiększenie śledziony pozwolało autorowi rozpoznać obecność kiły niejednokrotnie bardzo wcześnie, np. u jednego z małżonków, narażonego na zakażenie przez obcowanie z kiłowym lub w przypadkach owrzodzeń mieszanych, gdy inne sposoby badania zawiodły. W tych razach dokładne i częste opukiwanie śledziony daje nam często cenne wskazówki. To powiększenie śledziony bywa miernego stopnia; jest krótkotrwałe, znika szybko po leczeniu lub nawet bez leczenia. Obmacywanie śledziony, która w tych przypadkach jest przekrwiona, miękka, niebolesna — nie daje żadnych wyników. Powiększenie śledziony oprócz znaczenia rozpoznawczego ma znaczenie w rokowaniu, jest dowodem, jak wcześnie zakażenie krętkami przez krwiobieg dostaje się do organów wewnętrznych i wskazuje na jakie niepożądane następstwa może narazić kiłowego lekarz, który bezpodstawnie zwlekałby z rozpoczęciem leczenia, czekając na wystąpienie odporności związanej z pojawieniem się osutki.

Z. Jastrzębska.

BIBLJOGRAFJA

M. Pierry et B. Le Bourdellès. La pratique de la collapsothérapie, en phtisiologie. G. Doin te Cie. 1934. 350 str. 59 rys. i 4 tablice. Cena 60 fr. fr.

Podręcznik powyższy zjawia się bardzo na czasie, bo brak było dzieła tego pokroju obejmującego wszystkie odmiany terapji uciskowej, a więc odmę, przepalanie zrostów sposobem *Jacobaeusa*, oleothorax, wyrwanie nerwu przeponowego, torokoplastykę, plombowanie opłucnej i t. p. ze stanowiska praktycznego, czyli nie tyle wykonawstwa, ile wskazań, przeciwwskazań, powikłań i wyników ostatecznych. Autorowie dali możność lekarzowi praktykowi łatwego zaznajomienia się z powyższemi zabiegami i oceny ich wartości wogóle, lub w poszczególnym przypadku. Każdy rozdział ponadto posiada spis najważniejszych prac, których przeczytanie może okazać się konieczne dla pragnącego szczegółowiej zaznajomić się z danym sposobem postępowania. Ponieważ leczenie gruźlicy metodą uciskową czyni u nas z roku na rok coraz większe postępy, więc dzieło powyższe będzie niewątpliwie chętnie powitane przez wszystkich, stykających się choćby pobieżnie z leczeniem gruźlicy lub walką przeciwgruźliczą.

R. Lecoq. Le malt. 1933. Vigot Frères. 96 str. Cena 18 fr. fr.

Monografja poświęcona słodowi, a właściwie jego wartości odżywczej i właściwościom trawiennym. Książka o dużej wartości dla dietetyków, pedjatrów, a poniekąd i farmaceutów, o ile zajmują się słodowaniem mączek odżywczych.

Lepoutre et Strobaerts. Les ruptures de l'uretre. Vigot Frères. 1934. 180 str. 28 rys. Cena 30 fr. fr.

Z dziedziny chirurgji urazowej narządów moczowych niewątpliwie obrażenia cewki moczowej wysuwają się na plan pierwszy, chociażby ze względu na swe częste występowanie. Groźne w skutkach wymagają one celowego postępowania już od samego początku, to jest już od lekarza praktyka. Znajdzie on w książce powyższej nietylko ładny i jasny wykład uszkodzeń cewki, ale i to najważniejsze, również jasne i wyraźne wskazówki dotyczące postępowania. Osobny rozdział poświęcony został następstwom sądowym tego rodzaju obrażeń w szczególności ocenie % % utraty zdolności do pracy. Chociaż oparty na przepisach francuskich, a więc u nas nie obowiązujących, rozdział ten przedstawia jednak bardzo dużą wartość. Wobec braku u nas podobnych monografji i wobec szczupłości naszego piśmiennictwa poświęconego orzeczeniom i orzekaniu — może rozdział ten w określonym przypadku bardzo się przydać. Wyjątkowo udatne uretrografje podnoszą jeszcze więcej wartość tego naogół bardzo ładnie wydanego dzieła.

Morel-Kahn. L'année radiologique. Masson et Cie. 1934. 232 str. Cena 40 fr. fr.

Morel-Kahn podjął bardzo potrzebny i wdzięczny trud zebrania w postaci przejrzystego zbioru, dorobku rocznego postępów radiologji. Brak takiego wydawnictwa dawał się bardzo odczuwać. W odróżnieniu

od podobnych niemieckich dorocznych przeglądów, uwzględnia omawiane dzieło jedynie istotne nowe zdobycze, pomijając świadomie i całkowicie szczegóły, co czyni lekturę interesującą i dla niefachowca. Opracowania rocznika podjęła się grupa bardzo wybitnych rentgenologów, a Masson jako wydawca dał, jak zwykle, bardzo ładną szatę zewnętrzną. Rocznik składa się z czterech części poświęconych rozpoznawaniu, leczeniu, elektrologji i wreszcie zjazdom, sprawozdaniom towarzystw radjologicznych i t. p. Należy życzyć, aby w roku przyszłym wydawnictwo to nie tylko nie zostało zaniechane, lecz powiększyło swoją objętość, bo 232 strony to nieco zamało.

Adam Drowicz. Odbronzowienie kobiet. Studjum mizoginiczne. Skład główny. Dom książki polskiej, Warszawa. 1934. str. 187.

Autor, ukrywający się, zresztą bardzo rozsądnie pod pseudonimem jest widocznie lekarzem, albowiem porusza się w zagadnieniach czysto lekarskich z zupełną swobodą i znajomością rzeczy. Co się tyczy treści, to odpowiada ona podtytułowi, jest to istotnie studjum mizoginiczne, napisane z dużą ciętością, niektóre zwłaszcza ustępy są bardzo ostre i komuś pobieżnie tylko przeglądającemu książkę mogą narzucić zgoła mylną ocenę. Bo jednak chodzi Autorowi nie o zwalczanie kobiety, ani kobiecości, lecz jedynie rozmaitych, zwłaszcza w naszych czasach szczególnie jaskrawych wybujałości, z któremi też rozprawia się bezlitośnie. Styl żywy, znaczenie społeczne poruszanych tematów, a przedewszystkiem przynależność Autora, jak się zdaje, do społeczeństwa lekarskiego sprawia, że książce tej należy się wzmianka, na łamach „Wiedzy Lakerskiej".

August Lumière. Quelques travaux complèmentaires rélatifs à la propagation de la tuberculose. Lyon. 104 str.

Wybór prac ogłoszonych w ostatnich latach przez *A. Lumiere'a* i udowodniających tezę Autora, zakażenia płodowego, przezłożyskowego jadem przesączalnym. Gruźlica w tem ujęciu jest sprawą nabytą jeszcze w łonie matki, a rozwijającą się później w najróżnarodniejszych postaciach, rozmaitym czasie i w rozmaity sposób zależnie od warunków. Połączenie w jedną całość rozproszonych artykułów i wydanie ich w ładnej szacie zewnętrznej ułatwia znakomicie bliższe zaznajomienie się z poglądami *A. Lumière'a.*

KRONIKA

X KURS UZUPEŁNIAJĄCY DLA LEKARZY P. T. „GRUŹLICA I JEJ ZWALCZANIE".

W okresie od dnia 16 stycznia do dnia 3 marca 1935 r. odbędzie się 7-mio tygodniowy Kurs przeciwgruźliczy p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie", zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego U. W.

Program Kursu uwzględni przedewszystkiem studja praktyczne jak również obejmie 36 godzin wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki społecznej z gruźlicą. Każdy ze słuchaczów odbędzie praktykę w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorjum, oraz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w poradniach przeciwgruźliczych, a także z techniką zakładania odmy, pracując kolejno w trzech poradniach przeciwgruźliczych przez cały czas trwania kursu.

Podania na kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Chocimska 24 (gmach Państwowej Szkoły Higjeny) niepóźniej jak do dnia 3 stycznia 1935 r. Do podania należy dołączyć: 1) życiorys, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu.

Kandydaci zgłaszający się na kurs ubiegać się mogą o przyznanie stypendjum.

Pierwszeństwo w przyjęciu na kurs oraz w uzyskaniu stypendjum będą mieli lekarze już zatrudnieni w społecznej akcji przeciwgruźliczej.

Dyrektor P. Z. P.
Dr. *M. Grodecki.*

Prezes Polskiego
Związku Przeciwgruźliczego:
Dr. *J. Adamski.*

Walka z wypadkami nieszczęśliwemi podczas pracy i z ich następstwami rozpoczyna i u nas zataczać szersze kręgi. Społeczeństwo lekarskie nie może i nie powinno pozostawać bezczynne w organizowaniu tej walki. Zrozumienie doniosłości medycyny pracy i medycyny, a właściwie chirurgji urazowej jeszcze nie ogarnęło szerszych kół i dlatego uważamy za pożądane podawać do wiadomości komunikaty uprzejmie nam nadesłane przez Instytut Spraw Społecznych.

RABUNKOWA GOSPODARKA SIŁAMI POLSKICH ROBOTNIKÓW!

Głos b. inspektorki pracy o higjenie i bezpieczeństwie pracy w Polsce.

Znana publicystka, b. inspektorka pracy, p. Halina Krahelska, wydała nową książkę p. t. „Prawda o stosunkach pracy", w której oświetla m. in. fatalne warunki higjeny i bezpieczeństwie pracy w przemyśle polskim.

— Nieszczęśliwe wypadki przy pracy — pisze p. Krahelska — to swoisty okup za prawo do pracy, jaki rok rocznie w daninach życia, kalectwa i krwi składają robotnicy na ołtarzu rozwoju przemysłu. Pomiędzy istotą tych danin, a informacją o nich zachodzi wielka różnica: wszelka informacja o nieszczęśliwych wypadkach jest dziwnie oderwana od samych wypadków, od człowieka, który zabija się, kaleczy i krwawi przy pracy, a przecież kaleczy się tu żywy człowiek... Beznamiętność informacyj o ofiarach pracy i codzienność wypadków sprawiają, że społeczeństwo nasze nie zdaje sobie bynajmniej sprawy z rozmiarów tego zjawiska. Porusza nasz niepokój i naszą czujność tylko wielka katastrofa".

Tymczasem liczba nieszczęśliwych wypadków przy pracy katastrofalnie wzrasta. Liczba samych zarejestrowanych wypadków przy pracy podniosła się w ciągu ostatnich lat z 12-tu do 21 tysięcy. Według badań Instytutu Spraw Społecznych 1.000 ludzi traci rocznie życie wskutek wypadków przy pracy, ogólna zaś liczba wypadków wynosi kilkaset tysięcy.

Przyczyną tak wielkiej liczby wypadków przy pracy jest — według p. Krahelskiej — racjonalizacja, przeprowadzona z zupełnem lekceważeniem czynnika ludzkiego. Scharakteryzował to najlepiej niedawno zmarły badacz społeczny, Władysław Landau: „Ogranicza się liczbę robotników, przyśpiesza bieg maszyn, skraca odpoczynki, stosuje zasadę premjowania, zmuszającą do jaknajszybszego tempa lub wręcz do pracy płynnej, przymuszającej robotnika do niewolniczego poddania się biegowi maszyn i taśm. Rzecz prosta, że ten kierunek racjonalizacji, przeprowadzonej bez brania pod uwagę czynnika ludzkiego, sił i zdrowia pracownika, powodując zmęczenie, staje się przyczyną wzrostu wypadków".

Nie lepiej przedstawia się stan zdrowotny warunków pracy. Większość fabryk i warsztatów pracy mieści się w budynkach starych, ciemnych, ciasnych, gdzie z natury rzeczy, nawet przy dobrej woli, niewiele możnaby uczynić dla poprawy warunków pracy. Lecz nawet w fabrykach nowych, zbudowanych w sposób nowoczesny, przestronnych, widnych i t. d. uniemożliwia częstokroć zachowanie warunków higjeny brak dobrej woli, co więcej, brak zrozumienia własnego interesu ze strony pracodawcy; kieruje się on tylko względem na produkcję, zapomina o człowieku, który tę produkcję dźwiga i o tem, że od stanu zdrowia robotnika zależy produkcja w niemniejszym stopniu, jak od dobrej konserwacji maszyn.

— Nie widziałam — pisze p. Krahelska — wśród fabryk nowowybudowanych ani jednej, w którejby poważnie i świadomie wzięto pod uwagę potrzeby i właściwości żywego człowieka".

To samo lekceważenie robotnika przejawia się w braku środków ochronnych przeciw szkodliwościom pracy zawodowej, w bezmyślnem narażaniu go na utratę zdrowia wskutek niewłaściwych metod i warunków pracy.

To wszystko skłania p. Krahelską do wniosku, że „dokonywa się rabunkowa gospodarka na terenie tego bogactwa i skarbu, jaki Polska posiada w robotniku".

INSTYTUTY HIGJENY PRACY W ŚWIECIE I W POLSCE.

Przy uniwersytecie w Birmingham, w Anglji, powstał w tym roku nowy Instytut higjeny przemysłowej i medycyny pracy. Składa się on z kilku oddziałów. Zadaniem Instytutu jest praca badawcza w zakresie zagadnień lecznictwa w przemyśle oraz kształcenie lekarzy, personelu lekarskiego, inżynierów i inspektorów pracy w dziedzinie higjeny pracy. Instytut stanowi oddzielne studjum. Osobom, które ukończą je, uniwersytet w Birmingham będzie wręczał specjalne dylomy.

Podobny instytut powstał również w r. b. przy uniwersytecie w Berlinie. Pozatem we wszystkich krajach kuli ziemskiej istnieje paręset mniejszych i większych instytucyj, zajmujących się zagadnieniami higjeny pracy.

Najstarszą instytucją tego typu jest klinika chorób zawodowych w Medjolanie, powstała w r. 1902, z inicjatywy prof. Devoto. Prof. Devoto jest równocześnie założycielem Międzynarodowej Organizacji do walki z chorobami zawodowemi i z wypadkami przy pracy, która co 4 lata organizuje kongresy, gromadzące po kilka tysięcy delegatów.

W Polsce nie mamy odrębnego instytutu, poświęconego higjenie pracy. Jedynie przy Państwowym Zakładzie Higjeny istnieje mały oddział higjeny pracy, w którym pracuje 2 ludzi: kierownik i asystent. W stosunku do wagi zagadnienia higjeny pracy jest to doprawdy niewiele. Odpowiednio do tego przedstawia się też, niestety, stan higjeny i bezpieczeństwa pracy w Polsce.

WARUNKI BEZPIECZEŃSTWA I HIGJENY PRACY W BUDOWNICTWIE.

Z inicjatywy oddziału warszawskiego Związku Robotników Budowlanych w Warszawie, w lokalu tego związku, przy ul. Kaczej 7, w dn. 11 b. m. p. Zdanowski wygłosił odczyt na temat bezpieczeństwa i higjeny pracy w budownictwie.

Po referacie rozwinęła się ożywiona dyskusja. Zwrócono uwagę na następujące kwestje: stan bezpieczeństwa pracy w budownictwie jest zły, wskutek lekceważenia tej sprawy przez przedsiębiorców budowlanych. Rusztowania wykonywa się z lichego materjału. Często ustawia się je za daleko od muru, Są zbyt wąskie i niezaopatrzone w poręcze. To jedna strona tej sprawy. A strona druga — to wielka lekkomyślność samych robotników, nie dbających o bezpieczeństwo, skłonnych do brawurowania.

Poważną przyczyną wypadków jest nieprzestrzeganie czasu pracy zarówno na budowach warszawskich, jak i na prowincji. Ludzie pracują często po 12 godzin, co pociąga za sobą liczne wypadki naskutek zmęczenia i braku uwagi.

Przyczyną wypadków bywa również niefachowe kierownictwo budowli. Dla przykładu można przytoczyć katastrofę przy budowie kawiarni Lardellego w Warszawie na wiosnę 1934 r. oraz katastrofę przy budowie katedry w Katowicach, która pociągnęła za sobą około 70 ofiar.

W dyskusji zwrócono następnie uwagę na to, że przedsiębiorcy często nie zgłaszają do Ubezpieczalni lżejszych wypadków, które w następstwie mogą jednak powodować częściową utratę zdolności do pracy poszkodowanych. Robotnicy, w obawie przed utratą zajęcia, nie domagają się zgłoszenia pozbawiając się w ten sposób prawa do świadczeń z Ubezpieczalni.

Następnie podniesiono kwestję zaniedbania urządzeń higjenicznych na budowach, a więc zu-

pełny prawie brak szatni, jadalni oraz umywalni. Robotnicy składają swoje ubrania zazwyczaj w szopie, jedne na drugich, co sprzyja szerzeniu chorób zakaźnych. Jadalni niema zupełnie. Robotnicy muszą spożywać posiłki w kurzu i brudzie. Umywalnie urządzone są w sposób prymitywny, brak w nich mydła i ręczników.

W dalszej dyskusji jeden z robotników poruszył sprawę warunków pracy posadzkarzy. Skutkiem nieoczyszczania podłogi przed położeniem posadzki, robotnicy muszą pracować w atmosferze gęstego pyłu.

W wyniku dyskusji nad bezpieczeństwem i higjeną pracy, zebrani robotnicy postanowili zwrócić się do Zarządu Oddziału Związku w Warszawie z wnioskiem o powołanie na stałe, celem walki z obecnym stanem rzeczy w zakresie warunków pracy, „Koła bezpieczeństwa i higjeny pracy", w skład którego wejdą przedstawiciele wszystkich sekcyj fachowych: murarzy, posadzkarzy, malarzy, terrakociarzy, cieśli, zdunów i innych zawodów.

GDZIE NABYĆ SPRZET OCHRONNY DLA ROBOTNIKÓW.

W zapobieganiu nieszczęśliwym wypadkom i chorobom zawodowym bardzo duże znaczenie mają ochrony indywidualne pracującego, jak np. maski, okulary ochronne, hełmy, kombinezony, fartuchy, kurtki, rękawice, obuwie. Zależnie od materjału, kroju i wykonania ochraniają one przed pyłem, materjałami żrącemi, oparzeniem, zatruciem, uszkodzeniem przez maszyny i t. p.

Małe rozpowszechnienie tych ochron w Polsce wynika w dużej mierze z trudności w ich nabywaniu, czego dowodem są liczne zapytania w tej sprawie pod adresem Instytutu Spraw Społecznych.

W związku z tem Instytut zwraca się do wszystkich firm i osób, które wyrabiają, lub mogłyby wyrabiać, a także tych, które sprzedają powyżej wymieniony sprzęt ochronny o nadsyłanie wzorów, próbek i szczegółowych prospektów z rysunkami i cenników pod adresem Instytutu Spraw Społecznych — Warszawa, ul. Wiejska 19 m. 4.

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU DELEGATÓW POLSKIEGO T-WA EUGENICZNEGO W ŁODZI.

Świeżo odbył się doroczny Zjazd delegatów Polsk. T-wa Eugenicznego w Łodzi, w natłoczonej słuchaczami sali T-wa Lekarskiego, wywołując b. żywe zainteresowanie wśród świata lekarskiego i prawniczego oraz nauczycielstwa.

Otwarcia Zjazdu dokonał p. dr. Mission — dziękując przedstawicielom województwa — Dyr. Stan. Skalskiemu, Staroście Dr. Wronie, prezydentowi m. Łodzi i innym dygnitarzom. Następnie zaprosił na przewodniczącego zebrania prezesa Warszawskiego Oddziału T-wa Eugenicznego Dr. Leona Wernica; ten zaś powołał do stołu prezydjalnego Dyr. Skalskiego, insp. Missiona, nacz. Resseta, dr. Eichlera (prezesa Oddz. Eug. z Pabjanic), dr. Lipińskiego (prezesa Oddz. Łuckiego), dr. Mórawskiego z Wilna, a do sekretarjatu dr. med. Ksaw. Sienkę i Dr. Klingera.

Pierwszy referat wygłosiła prof. Eugenja Stołyhwo, na temat Zjazdu Międzynarodowego Eugenicznego w Zurichu, b. bogaty w treść, dając interesujące sprawozdanie z referatów odczytanych przez prof. Rudina, Verschnera, Mjoehna i innych.

Z referatu tego dowiedzieliśmy się, że w Niemczech poddano sterylizacji przeszło 2000 obłąkanych w ciągu trzech ostatnich miesięcy i, że przewidziane jest dokonanie w najbliższej przyszłości około 14.000 sterylizacji na osobach zgłaszających się dobrowolnie, a obarczonych dziedzicznemi ciężkiemi i nieuleczalnemi wadami z zakresu chorób umysłowych, cierpień zmysłów it.d.

Również ciekawy był projekt badań regjonalnych eugenicznych z uwzględnieniem nietylko danych antropologicznych lecz psychicznych, chorobowych i obarczeń dziedzicznych (dodatnich lub ujemnych); w Niemczech przeprowadzają masowo tego rodzaju badania, kosztem państwa, już od dłuższego czasu.

Polski projekt Ustawy Eugenicznej odczytała na Zjeździe Międzynarodowym p. prof. Stołyhwo; zainteresowanie się nim było b. duże i Stany Zjednoczone, Kanada, Anglja, Niemcy i Norwegja zgłosiły prośbę do T-wa Eugenicznego o udzielenie projektu Ustawy Eugenicznej w Polsce, wydrukowanej w kwartalniku „Zagadnienia Rasy".

Następnie wygłosili odczyty: Dr. Wernic (projekt Ustawy Eugenicznej), mec. Piotr Kon, który przewidywał możność sterylizacji pewnej ilości przestępców skazanych ponad 10 lat więzienia; Dr. Hurwicz w sprawie art. 245-go, o odpowiedzialności za udzielenie zarazy wenerycznej; Dr. J. Nowakowski i Dr. Skusiewicz o działalności Poradni przedślubnych; Dr. W. Mórawski z zakresu wychowania seksualnego, wreszcie p. Edw. Resset z zakresu szerzenia się cierpień wenerycznych w mieście Łodzi.

Po odczytaniu referatów wywiązała się zajmująca dyskusja, następnie przystąpiono do odczytania sprawozdań z działalności 12-tu Oddziałów T-wa Eugenicznego i dokonano wyborów władz.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.

